

記載例

様式第1号（第4条関係）

令和7年度御殿場市医療施設等物価高騰対策緊急支援金交付申請書兼請求書

※申請者は原則、開設者としてください。

■名称は、以下のとおり記入してください。

【個人の場合】医療機関名

【法人の場合】法人名（＋医療機関名）

■代表者名は、以下のとおり記入してください。

原則、役職名（理事長／院長／代表取締役 等）

■印は、以下のとおり押印してください。

【個人の場合】代表者印

【法人の場合】（法人印＋）法人代表者印

令和7年〇月〇日

所在地 御殿場市西田中237-7

名称 御殿場クリニック

代表者名 院長 御殿場 太郎

連絡先 0550-83-1111

印

御殿場市医療施設等物価高騰対策緊急支援金の交付を受けたいので、御殿場市医療施設等物価高騰対策緊急支援金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

■医療機関等コード

1 施設

厚生局で指定を受けた医療機関番号を7桁で記入してください。

医療機関等コード	1210196	施設名称	御殿場クリニック
対象施設	〒412-0027		
所在地・	御殿場市西田中237-7		
連絡先	(TEL 0550-83-1111)		
施設類型	病院 ・ 診療所（医科） ・ 診療所		

■交付申請額（請求額）

以下の該当する支援金額を記入してください。

- ・ 病院 50万円
- ・ 医科診療所 30万円
- ・ 歯科診療所 25万円
- ・ 薬局 15万円

2 交付申請額（請求額）

300,000 円

3 振込先口座

金融機関名	御殿場		銀行 金庫 農協	支店名	御殿場				本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	ゴテンバ タロウ								
口座名義人	御殿場 太郎								

■口座情報

申請者名義の口座（法人名義・代表者名義・施設名義）にしてください。