

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

年 月 日

御殿場市長 様

所在地  
申請者 名称  
(請求者) 代表者名 印  
連絡先

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、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要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

1 施設

|                     |                                 |      |  |
|---------------------|---------------------------------|------|--|
| 医療機関等<br>コード        |                                 | 施設名称 |  |
| 対象施設<br>所在地・<br>連絡先 | 〒 ー<br>御殿場市<br>(TEL )           |      |  |
| 施設類型                | 公的病院等 ・ 病院 ・ 医科診療所 ・ 歯科診療所 ・ 薬局 |      |  |

2 交付申請額（請求額） \_\_\_\_\_円

3 振込先口座

|       |                |      |     |                 |
|-------|----------------|------|-----|-----------------|
| 金融機関名 | 銀行<br>金庫<br>農協 |      | 支店名 | 本店<br>支店<br>出張所 |
| 預金種別  | 普通・当座          | 口座番号 |     |                 |
| フリガナ  |                |      |     |                 |
| 口座名義人 |                |      |     |                 |