

記入例 赤線で囲んだ部分に記入又はチェックし、必要書類を添付してください。

様式第1号（第6条関係）

令和●年 ●月 ●日

日向市医療・介護・福祉施設等
物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

日向市長 西村 賢 様

押印不要

法人の名称 ●●法人▲▲会
代表者役職・氏名 理事長 ○○ ○○

日向市医療・介護・福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱に定める支援金の交付を受けたいので、同要綱第6条の規定により支援金の交付を申請します。なお、本申請書の記載内容は真正であり、いずれの要件も満たしていることを誓約します。

記

1 誓約事項 以下の誓約事項を確認のうえ、□にチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	1 日向市内に医療機関等を設置する者です。
<input checked="" type="checkbox"/>	2 エネルギーや食料品等の価格高騰に伴う影響を受けている医療機関等です。
<input checked="" type="checkbox"/>	3 今後も継続して本申請に該当する医療機関等を運営する予定です。
<input checked="" type="checkbox"/>	4 支援金の交付申請に関する事項において、市が課税・納税状況等の調査をすることに同意します。
<input checked="" type="checkbox"/>	5 交付要綱第3条第4号に定める反社会的勢力並びに法人その他の団体の役員及び使用人その他の構成要員が反社会的勢力に該当しません。（暴力団員ではない、暴力団員を自らの業務に従事させ、自らの業務の補助者として使用していない、又は暴力団員による支配を受けている者ではない。）

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に違反したことにより、支援金の返還を命じられることとなっても、異議は申し立てません。

2 本申請に関する連絡先

部 署	●●課	担当者氏名	▲▲ ▲▲
住 所	日向市■■町■■番■号		
電話番号	(0982) ○○-○○○○		

(裏面あり)

3 交付申請額（〇〇施設） ←施設の区分によって様式が違いますのでご注意ください。

①+②= 800,000 円

給付金の額は、交付要綱第5条第1項各号を確認し、施設の区分に応じた金額を記入してください。

(要綱は、ホームページ内に掲載しています)

① 病院・有床診療所

区分	施設名	交付申請内訳
病院	●●病院	稼働病床数 50 床
		申請額 750,000 円
		稼働病床数 床
		申請額 円
計		申請額 750,000 円

② 無床診療所（医科・歯科）・薬局・訪問看護ステーション・施術所・助産所

区分	施設名	交付申請内訳
無床診療所（医科）	▲▲クリニック	50,000 円
		円
計		50,000 円

4 振込先

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)		支店名		分類	口座番号 (右詰めでお書きください)							(フリガナ) 口座名義			
日向	①銀行 4農協 2金庫 5漁協 3信組 6信漁連	日向	本・支店 本・支所 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	1	2	3	4	5	6	7	●●ホウジン▲▲カイ リジチョウ 〇〇 〇〇			
	金融機関コード		1	2								3	4	支店コード	5
ゆうちょ銀行		通帳記号 (6桁目がある場合は※欄 にご記入ください)			通帳番号 (右詰めでお書きください)							(フリガナ) 口座名義			
ゆうちょ銀行を選択された方は、 銀行通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を お書き下さい。		1		2		3		4		0		※		●●ホウジン▲▲カイ リジチョウ 〇〇 〇〇	
														●●法人▲▲会 理事長 〇〇 〇〇	

5 添付書類 漏れなく添付してください。

- (1) 上記の振込口座が確認できる書類の写し（通帳のコピー等）
- (2) 令和7年分確定申告の写し（個人で開設し運営している施術所、助産所のみ。）

市記入欄	交付金額	受付	審査	入力	確認
	千円				