

申請日を記載。締切は、10月31日

様式第1号（第6条関係）

令和5年10月31日

始良市長 湯元 敏浩 殿

所在地は、始良市にある医療機関の住所を記載

申請者 所在地 始良市宮島町●●番地
 事業所名 医療法人●●会●●病院
 代表者職・氏名 理事長 ●●●●
 責任者 ■■ ■■ (TEL 0995-66-3111)
 担当者 ▲▲ ▲▲ (TEL 090-1234-5678)

今回の申請に関する責任者と事務担当者の氏名と連絡先を記載

始良市電力・ガス・食料品等価格高騰対策医療機関支援金交付申請書兼請求書

始良市電力・ガス・食料品等価格高騰対策医療機関支援金の交付を受けたいので、始良市電力・ガス・食料品等価格高騰対策医療機関支援金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

1 医療機関等の区分

記

該当する区分に○(丸印)を記載

区分	<input checked="" type="radio"/>	① *病院 (<u> </u> 床)	④ 施術所 (あはき)
	<input type="radio"/>	② 医科診療所	⑤ 施術所 (柔道整復)
	<input type="radio"/>	③ 歯科診療所	⑥ 薬局

※ 病院のみ病床数を記入する。

2 申請及び請求の額

補助申請額を記載

支援金の額	1,500,000円
-------	------------

- ・病院(50床以下) 500,000円
- ・病院(51~100床) 1,000,000円
- ・病院(101~150床) 1,500,000円
- ・病院(150床以上) 2,000,000円
- ・医科診療所 250,000円
- ・歯科診療所 250,000円
- ・施術所 200,000円
- ・薬局 150,000円

(1)か(2)を丸で囲む

3 振込先

(1) 始良市物価高騰等対策医療機関支援金と同じ口座

(2) (1)以外の次の口座

(2)を選択した場合は、記載例のように記載。また、通帳の写しの提出が必要になります。

金融機関名	●●銀行	金融機関コード	1 2 3
支店名	●●支店	支店コード	4 5 6
口座種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	リョウリンカイ ●●ヒョウイン リジョウ ●●●●		
口座名義人	医療法人●●会 ●●病院 理事長 ●●●●		

誓約書兼同意書

当事業所（私）は、「始良市電力・ガス・食料品等価格高騰対策医療機関支援金」の交付を申請するに当たり、下記の内容について誓約及び同意します。

記

- 1 記載事項及び証拠書類等の内容に虚偽はありません。
- 2 始良市から検査、報告、是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。
- 3 不正受給が判明した場合には、支援金の支給の取消及び返還に異議なく応じます。
- 4 以下(1)から(7)までに該当する法人等ではありません。
 - (1) 始良市暴力団排除条例（平成24年始良市条例第33号）第2条第1号に規定する暴力団及び同条第2号に規定する暴力団員
 - (2) 役員等が暴力団員であるなど、暴力団又は暴力団員が、その経営を実質的に支配している法人等
 - (3) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している法人等
 - (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の運営に協力し、又は関与している法人等
 - (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している法人等
 - (6) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら不当な行為をするためにこれらを利用している法人等
 - (7) (1)から(6)までのいずれかに該当する法人等であることを知りながら当該法人等と取引をしている法人等
- 5 始良市長が、上記4を確認するため、必要な事項を鹿児島県警察本部長に照会することについて同意します。
- 6 支援金の交付事務に係る審査の範囲で、申請者に係る所得並びに市税の課税及び納付の状況を照会・調査することに同意します。

以上

申請書兼請求書の記載内容と一致しているか確認する。

令和5年10月31日

始良市長 湯元 敏浩 殿

所在地 始良市宮島町●●番地
事業所名 医療法人●●会●●病院
代表者職・氏名 理事長 ●● ●●