

第 1 号様式（第 4 条関係）

（表）

令和 5 年度伊勢原市医療機関等物価高騰対応支援金支給
申請書兼請求書

令和 6 年 1 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

㊞

令和 5 年度伊勢原市医療機関等物価高騰対応支援金の支給を受けた
いので、関係書類を添えて申請します。

1 申請額及び請求額 円

（添付書類）

- (1) 申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し等、支給対象事業者であることを確認できる書類
- (2) 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し等、事業を継続して実施していることを確認できる書類
- (3) 振込先口座の通帳の写し等、振込先口座が確認できる書類

※添付書類(1)及び(2)については、令和 5 年度神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱（令和 4 年 1 月 1 日施行）第 5 条第 1 項に規定する令和 5 年度神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給決定通知書の写しの提出をもって代えることができます。

(裏)

2 申請対象施設

施設区分	<input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電） <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外） ・有床診療所 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 薬局	医療機関 コード (10桁)	
施設名称			
施設所在地	〒		
稼働病床数	床		
支給申請額 及び請求額	円		

※有床診療所又は無床診療所には、歯科診療所を含みます。

3 振込先

金融機関 コード		金融機関名	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合
支店 コード		支店名	本店・支店
種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			