年　　　月　　　日

総社市長　様

申請者　住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

担当者　氏　　名

電話番号

総社市医療機関等物価高騰対策支援金支給申請書

総社市医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第５条により，次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　申　請　額　 　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　支給対象となる事業所名　　　　　裏面のとおり

３　口座振込先（総社市の債権者登録をしていない又は債権者登録以外の口座へ振り込み希望の場合は記載）

銀行

信用金庫

信用組合

農業協同組合

店

支店

出張所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 店　名 |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| 口座の種類 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

【確認事項】

・令和４年１２月１日現在において，市内で医療機関等を運営しており，かつ，継続して当該医療機関等を運営する意思があります。

・政治団体又は宗教上の組織若しくは団体を運営している者ではありません。

・事業者若しくはその役員等が，総社市暴力団排除条例（平成２３年総社市条例第１５号）第２条第３号に規定する暴力団員等に該当するもの又は当該暴力団員等と密接な関係を有するものである者ではありません。

　　　　上記事項に相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

【添付書類】

１　支援金の振込先が分かる金融機関の口座の通帳の写し（口座振込先を記入した場合）

２　施術所については，令和４年４月１日から令和４年１１月３０日までの間に医療保険各法に規定する療養費の対象となる施術を行った実績がわかる書類

３　委任状（申請者と口座名義人が異なる場合）

* 必要に応じて，追加書類の提出をお願いする場合があります。

（支給対象となる事業所名等）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名 | 所在地 | 支援金額 |
| １ |  |  | 円 |
| ２ |  |  | 円 |
| ３ |  |  | 円 |
| ４ |  |  | 円 |
| ５ |  |  | 円 |
| 小　　　計 | 円 |
| 申　請　額 | 円 |

※小計欄が１００万円を超える場合は，申請額欄の上限は１００万円となります。

※申請額欄に記載の金額を申請書の「１　申請額」欄に記載してください。