

令和8年度大崎市医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

大崎市長 様

申請者 住 所 〒 _____
 (法人にあつては、所在地)

氏 名 _____
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

連絡先 TEL _____

令和8年度大崎市医療機関等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、令和8年度大崎市医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第6条の規定により、下記とおり関係書類を添えて申請します。

記

1 交付対象施設及び申請金額

施設名	申請金額
施設区分 ※該当する区分を○で囲んでください	・病院（200床以上） 500,000円
	・病院（199床以下） 300,000円
	・有床診療所 200,000円
	・無床診療所 100,000円
	・保険薬局 100,000円
	・助産所 100,000円

2 交付申請金額（請求額） 金 _____ 円

3 振込先金融機関情報
 ※振込先を記載のうえ、その通帳等の写しを添付

振込先	<u>ゆうちょ銀行以外</u>		銀行・金庫・組合・農協・漁協		本店・支店 出張所 本所・支所
	ゆうちょ銀行店番			預金種別	普通・当座
	口座番号				
	フリガナ		-----		
	口座名義人				

4 添付書類
 (1) 振込先口座と口座名義人が分かる通帳等の写し
 (2) その他市長が特に必要と認める書類