

様式第4号（第4条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

施設の所在地

施設の名称

法人の所在地

法人の名称

代表者の氏名

印

電話番号

医療機関等物価高騰対策支援給付金交付申請書兼請求書

給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に給付金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 法人の代表者の氏名及び住所

フリガナ	
氏 名	
住 所	

2 交付対象の事業所別に名称、所在地、保険機関等コード番号、事業種別（下表より番号を選択）を記載してください。

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
※保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

事業種別

事業種別	基準額
① 病院（101床以上）	510,000円
② 病院（50床～100床）	380,000円
③ 病院（20床～49床）	250,000円
④ 診療所（19床以下）	170,000円
⑤ 診療所（病床無）	50,000円
⑥ 歯科診療所	50,000円

事業種別	基準額
⑦ 訪問看護事業所	30,000円
⑧ 助産所	25,000円
⑨ 施術所（柔整）	25,000円
⑩ 施術所（あはき）	25,000円
⑪ 保険薬局	25,000円

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、助産所コード通知書の写しを添付すること。

※ 施術所は、受領委任取扱い登録記号番号を記入すること。

※ 施術所（柔整）と施術所（あはき）の両方に該当する場合には、どちらか一方で申請すること。

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が違えばそれぞれの種別で1つの交付対象とする。

※ 複数の事業所分を申請する場合には、別紙に対象となる事業所全てを記入すること。

3 給付金申請（請求）額

円

※ 2の事業種別ごとの基準額の合計

4 本申請に係る担当者氏名及び連絡先

担当者	氏名	電話番号
-----	----	------

5 誓約及び同意事項

私は、給付金の交付申請に関して、次のとおり誓約し、及び同意します。

☐ 本申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じます。また、これにより当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

☐ 市から報告の求めがあった場合は、これに応じます。

☐ 要件審査並びに申請書類及び添付書類の内容の確認のため、市が保有する公簿等で当該交付対象事業に係る許認可の情報、税務情報等を閲覧することに同意します。

6 振込先

(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人	
普通 当座			

(ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入してください。)

金融機関名	店番	
ゆうちょ銀行		通帳見開き 1 ページ目の下部に書かれている振込用の店番・口座番号を記入してください。
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人
普通預金		

※添付書類

- (1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定を受けていることを確認できる書類の写し。ただし、市が保有する公簿等により当該情報を確認できる場合であって、上記 5 により同意するときは、添付を省略することができます。
- (2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し
- (3) 施術所にあっては、令和 8 年度に医療保険（療養費）の対象となる施術を行っていることを確認できる書類の写し

※この請求書は、次の(1)又は(2)及び(3)に記入することにより押印を省略することができます。

- (1) 適格請求書発行事業者登録番号 T _____
- (2) 発行責任者 氏名 _____ 連絡先 _____
- (3) 担当者 氏名 _____ 連絡先 _____

別紙

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					