

別記  
様式第1号(第4関係)

【医療政策課分】

宮崎県知事 殿

## 宮崎県医療・福祉分野における物価等高騰対策緊急支援金申請書

次のとおり、宮崎県医療・福祉分野における物価等高騰対策緊急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 基本情報

事業者名	フリガナ	イリヨウホウジン●●カイ	
(法人等名) 名称		医療法人●●会	
所在地	〒	880-0000	
	住所(番地・住居番号)	宮崎市●●●町●●●●●	
	(建物名等)	●●ビル3階	
開設者	職名	理事長	
	氏名	●● ●●	
書類作成 担当者	フリガナ	○○ ○○	
	氏名	○○ ○○	
連絡先	電話番号 (日中つながる番号)	090-0000-0000	
	e-mail(アドレス)	aaaaa@bb.jp	

## 2 支給の対象事業所に関する情報

通し番号	医療施設等の所在地		医療施設等名	医療施設等の種別	支給単価	稼働病床数 (病院・有床診のみ)	申請額
	郵便番号	住所					
1	880-0000	宮崎市○○町○○	●●病院	病院	40,000円	50床	2,000,000円
2	880-0000	宮崎市○○町○○	△△クリニック	有床診療所(3床未満)	100,000円	1床	100,000円
3	880-0000	宮崎市○○町○○	□□助産所	助産所	50,000円	—	50,000円
4	880-0000	宮崎市○○町○○	○○整骨院	施術所	50,000円	—	50,000円
5							
合計							2,200,000円

## 3 申請に当たっての確認事項

以下の全ての要件を満たしているか確認し、□にチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価等高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
<input checked="" type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価等高騰対策緊急支援金支給要領別表を確認し、対象事業所であることを確認しました。

上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。虚偽があった場合はいかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

事業者名(法人等名) 医療法人●●会

代表者職名・氏名 理事長 ●● ●●