

宮崎県知事 殿

宮崎県医療・福祉分野における物価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

申請者名 (法人等名)	フリガナ 名称		
法人等 所在地	〒		
	所在地		
代表者	職名		
	氏名		
書類作成 担当者	フリガナ		
	氏名		
連絡先	電話番号 (日中繋がる番号)		
	e-mail(アドレス)		

2 支給の対象施設に関する情報

通し番号	薬局開設許可番号	薬局の所在地		薬局名	申請額
		郵便番号	所在地		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

合計

0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 type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価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 type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領を確認し、対象施設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。

年 月 日

法人等名

代表者名