

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、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

事業者名	フリガナ	カブシキガイシャ●●	法人の場合、略称での記入は不可です。 × (株) ○ 株式会社
(法人等名)	名称	株式会社●● (開設者が個人の場合は○○薬局_氏名)	
法人等所在地	〒	880-0000	
	所在地	宮崎市●●●町●●●●	
代表者	職名	代表取締役 (開設者が個人の場合は空白)	
	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)	090-0000-0000	
	e-mail(アドレス)	aaaaa@bbb.jp	

2 支給の対象薬局に関する情報

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	宮保医指令第●●号●	880-0000	宮崎市○○町○○	○○薬局本店	32,000円
2	(宮)第○○号	880-0000	東諸県郡○○町○○	○○薬局●●支店	32,000円
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
合計					64,000円

合計額は自動計算となっておりますので、エクセル入力する場合は入力不要です。
手書きの場合は記入をお願いします。

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高騰対策緊急支援金支給・申請要領第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高騰対策緊急支援金支給・申請要領を確認し、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 株式会社●● (開設者が個人の場合は空白)

代表者名 代表取締役 ●● ●●

宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金請求書

●年 ●月 ●日

宮崎県知事 殿

(事業者)

住所 宮崎市●●●町●●●●●●
法人名 株式会社●●●
役職・代表者名 代表取締役 ●●● ●●●

申請書に記載した日付を入力してください

●年 ●月 ●日 付で申請した宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金について、下記金額を請求します。

記

申請書の「合計」の金額を入力してください。

請求額 金 60,000 円

(振込預金口座)

申請者以外の口座への振込を希望する場合は、委任状が必要です。

金融機関名	●●銀行		
支店名	▲▲支店		
金融機関コード	0123	支店コード	456
預金種別	普通		
口座番号	12345678		
(フリガナ)	カブシキガイシャ●●●ダエイトリシマリヤク●●●●●●		
口座名義	株式会社●●● 代表取締役●●● ●●●		

担当者名	▲▲ ▲▲
電話番号	0985-00-0000

(請求書裏面)

振込先口座確認書類 写し貼り付け欄

・振込先口座の金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、
名義人カナが確認できる通帳のページの写し

(注)通帳のページの写しは、見開きのページも添付してください。

委任状

宮崎県知事 殿

(受任者) 住所 宮崎市〇〇〇〇町〇〇〇〇
氏名 株式会社●● ●●薬局 〇〇 〇〇

受任者欄には
振込口座名義人の住所、氏名を
記入してください。

私は、上記の者を代理人と定め、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受領に関する権限を委任します。

年 月 日

(委任者) 住所 宮崎市●●●●町●●●●●
申請者 法人名 株式会社●●
役職・代表者名 代表取締役 ●● ●●

代表者印の押印を
お願いします。

印