

豊中市長 宛

年 月 日

申込者（開設者）

住所	<small>(法人にあっては、主たる事務所の所在地)</small>
氏名	<small>(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)</small>

豊中市医療機関等物価高騰対策事業支援金申込書兼請求書

豊中市医療機関等物価高騰対策事業実施要綱第4条に基づき、次のとおり支援金は、下記金融機関口座に振り込みをお願いします。

病院
有床診療所
無床診療所
薬局
助産所
施術所
歯科技工所

いずれか該当する施設種別を選択してください。
※許可病床数の欄は、病院・有床診療所以外は入力不要です。

1. 施設種別

2. 施設情報

施設	右の要綱(抜粋)をご確認いただき、事業対象外の施設に該当しなければ、 <input type="checkbox"/> をチェック (✓) してください。
施設	
医療機関コード	<small>(助産所及び歯科技工所は空欄で構いません)</small>
又は登録記号番号	
<input type="checkbox"/>	要綱第2条第2項に定める事業対象外の施設

【豊中市医療機関等物価高騰対策事業実施要綱】第2条（抜粋）

2 次の各号のいずれかに該当する施設は本事業の対象外とする。

(1) 申込日時点において、休止又は廃止している施設

(2) 開設の届出等がなされているものの運営の実態がない施設

(3) 次のいずれかに該当する者が開設する施設

ア 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団又は同条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）若しくは豊中市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団密接関係者（以下「暴力団密接関係者」という。）

イ 従業員、職員又は使用人に暴力団員又は暴力団密接関係者がある者

3. 支給申込・請求額 金 円

4. 振込先口座

※申込者ご本人の口座（法人の場合は当該法人の口座。ただし、法人名義の口座代表者の個人名義の口座でも可。）に限ります。それ以外の口座には振込できません。
※振込先金融機関の通帳の写し（口座情報が分かるもの）を添付してください。

フリガナ			
金融機関名			
フリガナ			
支店名			
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

1.施設種別で施設を選択すると、自動で金額が反映されるため、入力は不要です。

※病院・有床診療所は許可病床数欄まで入力すると反映されます。

【参考：支援金の額】

○病院・有床診療所（4床以上）
8,000円×許可病床数

○上記以外の施設
1施設 30,000円

申込担当者名 _____ 連絡先電話番号 _____
_____ メールアドレス _____