

様式第1号(第5条関係)(病院、診療所、助産所、歯科技工所用)

※太枠内に必要事項を記入してください。

令和 年 月 日

鳥取県知事様

(申請者)郵便番号

住 所

氏 名

_____ - _____

(法人の場合は法人の名称・代表者の役職(理事長等)・氏名、個人事業主の場合は施設の名称・代表者の役職(院長等)・氏名)

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額

金0円

2 申請内訳

施設区分	施設名	所在地	食材料費高騰に係る支給		光熱費高騰に係る支給			
			許可病床数(床)	支給額(円)	稼働病床数(床)	介護医療院、介護老人保健施設への転換分(※)	救急告示(精神科救急含む)	支給額(円)
病院						()		
						()		
						()		
						()		
有床診療所						()		
						()		
無床診療所 歯科診療所						()		
						()		
						()		
						()		
						()		
助産所								
歯科技工所								
合計								

※ 令和7年11月30日以前に療養病床等から転換した介護医療院又は介護老人保健施設の床数を記入してください。

3 振込先口座情報等

金融機関名			支店等名	
預金種別		口座番号		
口座名義	(フリガナ)			
	名 称			

4 担当者情報

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	