

記載例

別記様式第2号（第5条関係）

広島県医療機関食材料費高騰対策支援金交付申請書兼実績報告書
（第3条（2）該当）

広島県知事様

申請日 令和6年4月29日

広島県医療機関食材料費高騰対策支援金交付要綱第5条の規定により、次の施設の支援金の交付を申請並びに実績を報告します。

申請対象医療機関名	公立県庁病院	
申請対象医療機関所在地	広島市中区基町●-●	
施設区分（病院／有床診療所）	病院	
保険医療機関コード	3412345678	
フリガナ	ヒロシマシナカクモトマチ	
申請者住所	広島市中区基町●-●	
フリガナ	●●シチョウ	ケン ハナコ
申請者職・氏名 （個人事業主の場合は氏名のみ）	職名 ●●市長	氏名 県 花子
担当者氏名・連絡先（電話番号）	氏名 医事課 広島 花子	TEL 080-521-●●●●

上から4段目までは記載済

イエローの箇所はすべて記載が必要です。

1 申請金額

許可病床数	単価	申請金額 （許可病床数×単価）
（令和6年4月1日現在） 100床	1床あたり 3,200円	320,000円

※許可病床数には介護医療院の病床数は含まれませんのでご注意ください。また、令和6年4月1日以降、介護療養病床は廃止となるため、許可病床数に算入できません。

2 振込先 ※申請者名義のものに限ります

金融機関名	●●	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> その他（ ）
金融機関コード	● ● ● ●	
支店名	●●	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
支店コード	● ● ●	
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
口座番号	● ● ● ● ● ● ● ●	
口座名義（フリガナ）	コウリツケンチヨウヒョウイン	●●シチヨウケンハナコ
口座名義	公立県庁病院 ●●市長 県 花子	

申請にあたっては、全てに必要です。

（添付書類）※振込を行う振込口座情報が確認できる銀行口座の写し（通帳の表面と見開き1、2ページ）を添付してください。（提出がない場合は払い込みが出来ません。）

3 誓約 ※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

<input checked="" type="checkbox"/> 令和6年4月1日に休止しておらず、令和6年5月31日まで休止、廃止の予定がなく、入院患者へ食事提供を行います。
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者、代表者又は役員に暴力団員に該当する者はありません。
<input checked="" type="checkbox"/> 申請書の内容に相違はありません。申請書の内容に相違があった場合は速やかに返金します。