記載例

別記様式第１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（１）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ならびに実績を報告します。

申請対象医療機関名	医療法人県庁会　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	ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝｹﾝﾁｮｳｶｲ　ﾘｼﾞﾁｮｳ	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　医療法人県庁会　理事長	氏名　県　花子
担当者氏名・連絡先（電話番号）	氏名　医事課　広島　県太郎	TEL　０８２－５１３－〇〇〇〇

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）
①　（令和６年３月 31 日現在）　５０床	１床あたり 6,400 円	３２０，０００円
②　（令和６年４月１日現在）　０床	１床あたり 3,200 円	０円
計		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。

※令和６年４月１日にすべての病床が介護医療院となる場合は、②には０床、０円と記入してください。

２　振込先　**※申請者名義のものに限ります**

金融機関名	●●	☑銀行　□金庫　□組合　□農協　□その他（　　）
金融機関コード	● ● ● ●	
支　店　名	●●	□本店　☑支店　□出張所　□その他（　　）
視点コード	● ● ●	
口座種別	☑ 普通　□ 当座	
口座番号	● ● ● ● ● ● ●	
口座名義（フリガナ）	ｲ ﾘ ﾖ ｳ ﾎ ｳ ｼ ﾞ ﾝ ｹ ﾝ ｼ ﾞ ﾝ ｶ ｲ ﾘ ｼ ﾞ ﾁ ﾖ ｳ ｹ ﾝ ﾊ ﾅ ｺ	
口座名義	医療法人県人会　理事長　県　花子	

申請にあたっては、全てに☑が必要です。

（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。**

☑　令和５年 10 月１日から令和６年５月 31 日（すべての病床を介護医療院に転換した場合は令和６年３月 31 日）まで休止の期間なく、入院患者へ食事提供を行います。

☑　申請者、代表者又は役員に暴力団員に該当する者はおりません。

☑　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。