

申請日: 令和 5 年 12 月 25 日

**必ず、署名又は  
押印をお願いし  
ます。**

事業所名 医療法人 ○○会  
住所又は所在地 福岡市博多区東公園 7-7  
代表者氏名 福岡 一郎

印

(署名または押印)

標記について、次により支援金を給付されるよう関係書類を添えて申請する。

施設名称	○○診療所
施設所在地	福岡市博多区東公園 7-7
担当者/連絡先	福岡 一郎 / 092-643-0000

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	①病院、有床診療所	<input type="checkbox"/>	②無床診療所	<input type="checkbox"/>	③薬局
<input type="checkbox"/>	④助産所	<input type="checkbox"/>	⑤施術所 (あはき)	<input type="checkbox"/>	⑥施術所 (柔整)

2. 保険機関コードを記入してください。

保険機関等コード	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入すること。

※ 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入すること。

※ 登録記号番号の無い施術所は、「9999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付すること。

3. 申請日時点における許可病床数を記入してください。

許可病床数	2	床
-------	---	---

**電気の種類が確認できる書類を添付してください。**

4. 該当する電力の受電契約に○を記入してください。

<input type="checkbox"/>	特別高圧	<input checked="" type="checkbox"/>	高圧	<input type="checkbox"/>	低圧
--------------------------	------	-------------------------------------	----	--------------------------	----

※上記特別高圧及び高圧の施設には、ビルなどで一括受電した後に当該施設内で受電する施設を含む。

※特別高圧または高圧で受電している施設は、そのことがわかる電気料金請求書等を添付すること。

※出張のみの施設及び提出された添付書類が低圧受電施設とします。

**都市ガスを使用している場合は、そのことが確認できる書類を添付してください。**

5. 都市ガスを使用している施設は

<input type="checkbox"/>	都市ガスを使用している。	(都市ガスを使用していることがわかるガス料金請求書等を添付すること。)
--------------------------	--------------	-------------------------------------

6. 裏面の同意事項に同意する場合は○を記入してください。

同意事項	<input checked="" type="checkbox"/>	【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。
------	-------------------------------------	----------------------------

7. 申請額  円

※給付額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

8. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	○○銀行	金融機関コード	9	8	7	6		
支店名	△△支店	支店コード	7	7	7			
預金種類	1	1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄						
口座番号 (左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルシンリョウシヨ							
取引口座名	○○診療所							

【重要】振込先の通帳の写し (取引口座名等が確認できるページ) を添付してください。

(同意事項)

次の各事項のいずれにも同意した者でなければ支援金を交付しない。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ 支援金を重複して申請しないこと
- ④ 福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと
- ⑤ 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じること
- ⑥ 本支援金の給付手続きに必要な範囲で、県が、本支援金給付業務を委託する事業者と個人情報を含む申請者の情報を共有すること

(給付対象者)

支援金の給付対象者は、申請日において福岡県内の国、県、市町村又は一部事務組合等直営の施設を除く次の各号の施設（病院又は有床診療所以外の施設で低圧受電施設かつLPガス使用施設を除く。）を開設又は管理する者とする。ただし、令和6年5月1日以降に新規開設した施設（移転による開設等事業を継承している場合を除く。）は対象としない。

1. 医療法の規定に基づき開設している病院または診療所（往診のみを行う診療所を含み、社会福祉施設の医務室を除く。）のうち、保険医療機関の指定を受けた施設（同一施設で、医科と歯科の指定を受けている場合はいずれか一方。）
2. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設している薬局のうち、健康保険法に基づき保険薬局の指定を受けた施設
3. 医療法の規定に基づき開設している助産所（出張専門を含む。）のうち、出産育児一時金等の受取代理制度等を導入している施設
4. あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（以下「あはき法」という。）又は柔道整復師法（以下「柔整法」という。）の規定に基づき開設している施術所（出張専門を含む。）のうち、受領委任取扱い施術所の指定を受けた施設又は医療保険（療養費）の対象となる施術等を行っている施設（同一施設で、あはき法と柔整法の開設をしている場合はいずれか一方）