

様式1 (第8条関係)

福岡県食事療養提供体制確保事業支援金申請書

申請日 令和6年6月 4日

必ず、署名又は 押印をお願いします。 ます。	業所名	[Redacted]
	又は所在地	
		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	〇〇診療所	
郵便番号／施設所在地	〒812-0045	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 type="checkbox"/>	①病院	<input checked="" type="checkbox"/>	②有床診療所
--------------------------	-----	-------------------------------------	--------

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
----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

3. 令和6年4月1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
-------	---	---

4. 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。
------	-------------------------------------	-----------------------------------

5. 申請額 円

※申請額は裏面を御確認の上、必ずご記入ください。

6. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	〇〇銀行	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	〇〇診療所							

【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。

裏面

(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

給付額及び添付書類一覧表

添付書類：振込先通帳の写し

区分	給付額
病院 有床診療所	許可病床数(※) × 3,200円

※令和6年4月1日における許可病床数