

第2回【下期分】令和5年度 福岡県医療機関等物価高騰対策支援金給付申請書

申請日: 令和____年____月____日

事業所名

住所又は所在地

代表者氏名

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	
施設所在地	
担当者/連絡先	/

1. 該当する区分に○を記入してください。

<input 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									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ※ 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。(病院、有床診療所以外は空欄で可)

許可病床数		床
-------	--	---

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 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で特別高圧又は高圧受電施設と判断できない場合は、低圧受電施設とします。

5. 都市ガスを使用している施設は下記に○を記入してください。

<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 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

※申請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		金融機関コード				
支店名		支店コード				
預金種類		1: 普通 2: 当座 4: 貯蓄				
口座番号 (左詰め)						
(フリガナ)						
取引口座名						

【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

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

- ④ 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：①振込先通帳の写し
②電気ご使用量のお知らせ等の写し
③ガスご使用量のお知らせ等の写し

※ 今年度、上期分の支援金の給付を受けた施設で電気やガスの種類及び振込口座等に変更がない場合は、申請の際の添付書類を省略できます。

※ 電気及びガスのご使用量のお知らせ等は令和5年10月分から令和6年4月分のいずれかの月の写しを提出してください。

区分	電気	ガス	給付額	添付書類
病院 有床診療所	特別高圧	都市ガス	54,600円 × 病床数	①、②、③
		LPガス	53,600円 × 病床数	①、②
	高圧	都市ガス	21,300円 × 病床数	①、②、③
		LPガス	20,300円 × 病床数	①、②
	低圧	都市ガス	9,000円 × 病床数	①、③
		LPガス	8,000円 × 病床数	①

※ 上記で算出した額が無床診療所の額よりも低い場合は無床診療所の額を支給します。

区分	電気	ガス	給付額	添付書類
無床診療所	特別高圧	都市ガス	119,400円/施設	①、②、③
		LPガス	114,700円/施設	①、②
	高圧	都市ガス	40,700円/施設	①、②、③
		LPガス	36,000円/施設	①、②
低圧	都市ガス	4,700円/施設	①、③	
薬局 助産所 施術所	特別高圧	都市ガス	75,400円/施設	①、②、③
		LPガス	73,100円/施設	①、②
	高圧	都市ガス	32,400円/施設	①、②、③
		LPガス	30,100円/施設	①、②
	低圧	都市ガス	2,300円/施設	①、③

※ 病院及び有床診療所の給付額は、入院患者に係る食材費の上昇分への支援を含みます。

※ ガスを使用していない施設（オール電化）は、LPガスの区分の給付額になります。

※ 以下の支援が行われていることから、低圧でLPガスの施設（病院・有床診療所を除く。）は本支援金の給付対象とはなりません。

- ・ 低圧の電気については、国から供給事業者を通じた支援が行われています。
- ・ LPガスについては、県が供給事業者を通じた支援を別途行っています。