様式第１号

令和　　年　　月　　日

　（宛先）鈴鹿市長

鈴鹿市物価高騰対策医療機関等運営支援給付金交付申請書

標記について、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名又は名称 |  |
| 住所又は所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 氏名 |
|  |  |  |
| 施設名称・所在地等 | 医療機関等の名称 |  |
| 医療機関等の所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 連絡先 | （電話番号） |
| （メールアドレス） |
| 担当者 | 氏名 |
| 【病院・有床診療所】 |  |
| 許可病床数 | 　　　　床（令和６年10月１日時点） |
| 区　分 | 該当する区分に○をしてください。 | 申請額 |
| 食材費分 |  | 円 |
| 電気・ガス料金分（病院・４床以上の有床診療所） |  | 円 |
| 電気・ガス料金分（３床以下の有床診療所） |  | 円 |
| 車両燃料費分＊ |  | 円 |
| 合　計（1,000円未満切り捨て） | 円 |
| 【無床診療所・薬局】 |  |
| 区　分 | 該当する区分に○をしてください。 | 申請額 |
| 電気・ガス料金分 |  | 円 |
| 車両燃料費分＊ |  | 円 |
| 合　計（1,000円未満切り捨て） | 円 |
| 【助産所・施術所・歯科技工所】 |  |
| 区　分 | 該当する区分に○をしてください。 | 申請額 |
| 電気・ガス料金分 |  | 円 |
| 合　計（1,000円未満切り捨て） | 円 |
|  |  |
| 　□　鈴鹿市物価高騰対策医療機関等運営支援給付金交付要領第３条に掲げる要件を満たします。　□　申請内容に虚偽の事実が判明した場合は、給付金の一部又は全額を返還します。 |

＊病院、診療所、薬局については，令和６年10月１日時点で東海北陸厚生局へ受理記号「精在宅援」、「支援病」、「支援診」、

「在医総管」、「歯援診」又は「在薬総」のいずれかの届出が受理されており、かつ車両燃料費を負担している施設が対象となります。