

|    |        |
|----|--------|
| 合計 | 90,000 |
|----|--------|

3 振込先

|                     |        |   |   |   |          |           |   |   |   |   |   |   |  |
|---------------------|--------|---|---|---|----------|-----------|---|---|---|---|---|---|--|
| 金融機関名               | ○×銀行   |   |   |   | 支店名      | ◇▲支店      |   |   |   |   |   |   |  |
| 金融機関コード（4桁）         | *      | * | * | * |          | 支店コード（3桁） | * | * | * |   |   |   |  |
| 口座種別（普通又は当座）        | 普通     |   |   |   | 口座番号（7桁） | *         | * | * | * | * | * | * |  |
| 口座名義人<br>※半角カタカナで記載 | かたか 知り |   |   |   |          |           |   |   |   |   |   |   |  |

※ 必ず申請者名義の口座を指定してください。（法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限ります。）  
※ 口座番号は右詰めで記入してください。

・振込通帳等の「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れる書類を添付してください。。

4 交付要件 ※ すべてにチェックがなければ支援金を受けることができません。

支援金の交付を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

|                                     |                                        |
|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 食材費・光熱費・ガソリン代など、価格高騰の影響を受けている。         |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 申請日時点において休止中でなく、また、対象期間中に休止又は廃止の予定がない。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 令和7年7月1日時点において保険医療機関である。               |

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

5 誓約 ※ すべてにチェックがなければ支援金を受けることができません。

私は、医療関連施設等価格高騰対策支援金を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。  
なお、この誓約に反したことにより当方が不利益を被ることとなっても異議は一切申し立てません。

|                                     |                                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 市税等に滞納はありません。                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 飯田市暴力団排除条例（平成23年飯田市条例第34号）第2条に規定する暴力団若しくは暴力団員ではなく、また、暴力団員と密接な関係にはありません。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 支援金の交付決定後に給付要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。                       |

所在地 〒 39\* - \*\*\*\* 飯田市 ■●123

法人名 ※個人の方は法人名は記入不要です。

代表者職氏名 ○△ □◇

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

代表者名の記入は印字、ゴム印等も可です。（自筆である必要はありません。）  
また、押印は不要です。

市記載欄（申請者は記入不要です）

|     |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|
| 日付  |  |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |  |