

記載例

様式第1号(第5条関係)

市記載欄（申請者は記入不要です）

受付日

受付番号

令和7年度 飯田市医療関連施設等価格高騰対策支援金交付申請書兼請求書

(②助産所・薬局用)

令和 7 年 〇 月 〇 日

提出日（発送日）を記入してください。

飯田市長 様

次のとおり、医療関連施設等価格高騰対策支援金の交付を申請します。

1 申請者

- ・個人事業者の場合は記入不要です。
- ・押印は不要です。

2 申請額

(単位：円)

行が不足する場合は、様式をコピーするなどして2枚目に記入してください。

※データで作成する場合は、行をコピーして追加し、記入してください

※1 施設等の名称は略さずに正式名称を記入してください。

※2 助産所については、医療機関コード欄の記載は不要です。

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 ※半角カタカナで記載	フリガナ 知											

※ 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。

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。

- ☒ 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。
- ☒ 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。
- ☒ 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。

- ☒ 市税等に滞納はありません。
- ☒ 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。
- ☒ 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

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					