

(様式第1号)

【医療政策課分】

令和 7 年 〇 月 〇 日

長崎県知事 大石 賢吾 様

令和6年度長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金申請書兼請求書

令和6年度において長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金を支給されるよう、関係書類を添えて申請（請求）します。

請求額（合計） 2,678,000 円

1. 申請者

開設者名	医療法人県庁会			
代表者	役職	理事長		
	氏名	長崎 太郎		
開設者所在地	郵便番号	850-8570		
	住所	長崎市尾上町3-1		
書類作成	発行責任者	長崎 太郎	連絡先	000-000-0000
	発行担当者	長崎 花子	連絡先	000-0000-0000
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇.〇〇.〇〇			

2. 振込先

金融機関コード	店番	金融機関名	支店名・店名
0181133		十八親和銀行	県庁支店
口座種別		口座番号（右づめて記入）	
〇1:普通 〇2:当座		9999999	
口座名義（カタカナ）		イ) ケンチョウカイ	
口座名義（漢字）		医療法人県庁会 理事長 長崎 太郎	

3. 確認事項

以下の要件を満たしているか確認し、チェックを入れてください。

☒	長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金支給・申請要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
-------------------------------------	---

上記内容に虚偽がないことを誓約します。
虚偽があった場合は、いかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

令和 7 年 〇 月 〇 日

開設者名 医療法人県庁会

代表者役職・氏名 理事長 長崎 太郎

【記載例①】 法人が開設している施設

【「請求額（合計）」欄】

- ・「4.申請施設」で算出した申請額（合計）と同じ金額を記載してください。

【「1. 申請者」欄】

- ・開設者名の正式名称（略称不可）を記載してください。例）株式会社→〇、(株)→×
- ・代表者の役職及び氏名を記載してください。
- ・開設者の住所を郵便番号から番地・建物名・部屋番号まで正しく記載してください。
長崎県外の場合は、都道府県名から記載してください。
- ・「発行責任者」欄及び「発行担当者」欄は、押印省略とするため、必ず記載してください。
発行責任者…代表取締役、支店長、営業所長等の、社内において権限の委任を受けた役職者
発行担当者…申請に関する事務を担当する者
※発行責任者と発行担当者は同一でも問題ありません。
- ・書類の不備等があった場合には、発行担当者の方にご連絡させていただきます。
- ・支援金に関する照会等を行う際は、メールによるご連絡とさせていただきますので、メールアドレスの記載をお願いします。

【「2. 振込先」欄】

- ・「金融機関コード」「店番」欄は、通帳の「表紙をめくった見開き1ページ目」等で確認して記載してください。
 - ・「金融機関名」「店名」欄は、通帳の「表紙」等に記載されているとおり記載してください。
 - ・「口座種別」欄は、「〇1:普通」または「〇2:当座」のいずれかを〇で囲ってください。
 - ・「口座番号」欄は、右づめて記載してください。
 - ・「口座名義（カタカナ）」欄は、通帳の「表紙をめくった見開き1ページ目」にある「おなまえ」欄に記載されているとおりカタカナで記載してください。
 - ・「口座名義（漢字）」欄は、通帳の「表紙」に記載されているとおりに記載してください。
- ※必ず振込先口座情報がわかる書類（通帳の写し等）を添付してください。
（通帳の場合は、「表紙」、「表紙をめくった見開き1ページ目」の写しを添付）

【「3. 確認事項」欄】

- ・長崎県医療機関等物価高騰緊急支援事業支援金支給・申請要領「第2 支給の対象」の内容を確認し、要件を満たす場合は、チェックを入れてください（クリックすると✓マークが入ります。）。
- ※✓マークがない場合（要件を満たさない場合）は、申請を受け付けません。
- ・提出日の日付を記載してください。
- ・「開設者名」及び「代表者役職・氏名」欄は「1. 申請者」欄と同様の内容を記載してください。

4. 申請施設

番号	施設名（店舗名）	所在地	区分	単価(円)	病床数	申請額(円)
1	長崎県庁病院	長崎市〇〇町〇ー〇	病院	18,000	120	2,160,000
2	長崎県庁クリニック	佐世保市〇〇町〇ー〇	有床診療所 (3床以上)	18,000	19	342,000
3	長崎県庁歯科クリニック	東彼杵郡川棚町〇ー〇	有床診療所 (2床以下)	48,000	—	48,000
4	長崎県庁診療所	長崎市〇〇町〇ー〇	無床診療所	48,000	—	48,000
5	県庁薬局（長崎店）	長崎市〇〇町〇ー〇ー〇	薬局	16,000	—	16,000
6	県庁薬局（佐世保店）	佐世保市〇〇〇ー〇ー〇	薬局	16,000	—	16,000
7	県庁整骨院・はりきゅう院	西彼杵郡時津町〇ー〇	施術所	16,000	—	16,000
8	県庁助産所（出張専業）	大村市〇〇1丁目〇ー〇	助産所	16,000	—	16,000
9	県庁歯科技工所	島原市〇〇町〇ー〇	歯科技工所	16,000	—	16,000
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
申請額合計						2,678,000 円

【「4. 申請施設」欄】

・申請する施設名（店舗名）と所在地を記載してください。

・区分を選択してください。

手書きで申請する場合は、以下の施設区分から該当する区分を記載してください。

【病院】、【有床診療所（3床以上）】、【有床診療所（2床以下）】、【無床診療所】、
【薬局】、【施術所】、【助産所】、【歯科技工所】

・「単価（円）」欄は区分を選択すると自動で入力されます。

手書きで申請する場合は、以下の施設区分に応じた金額を記載してください。

【病院】、【有床診療所（3床以上）】…稼働病床1床あたり「18,000」円
【有床診療所（2床以下）】、【無床診療所】…1施設あたり「48,000」円
【薬局】、【施術所】、【助産所】、【歯科技工所】…1施設あたり「16,000」円

・「病床数」欄は、稼働病床数（許可病床数から休床数を除いた病床数）を記載してください。

施設区分が病院、有床診療所（3床以上）以外の施設は空欄のまま構いません。

※稼働病床数（許可病床数－休床数）は申請日時点の病床数とします。

※同一の開設者かつ同一の振込先である場合は、まとめて申請してください。

申請施設（店舗）ごとに申請額を記載してください。

※同一の開設者であっても振込先が異なる場合は、施設（店舗）ごとに様式第1号（申請書）を作成してください。

・「申請額（合計）」欄に記載した各施設の申請額の合計を記載してください。

※1施設のための申請の場合も必ず記載してください。