

令和7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

記入例

事業所名 医療法人 ○○会
住所又は所在地 福岡市博多区東 ~~区~~ 7-7

代表者 福岡 一郎
(署名または押印)

必ず、署名
又は押印を
お願いします。

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	○○病院
担当者／連絡先	担当者氏名 / 092-643-0000

1. 該当する区分に○を記入してください。

☒	①病院	☐	②医科診療所	☐	③歯科診療所
☐	④薬局	☐	⑤施術所(あはき)	☐	⑥施術所(柔整)
☐	⑦養成所				

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	4	0	1	2	3	4	5	6	7	8
--------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 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。但し、令和6年度、本支援金による給付を受けた施術所については添付不要とする。

3. 補助対象期間の電力使用量をそれぞれ記入してください。

令和7年7月分	1700	kwh
令和7年8月分	1250	kwh
令和7年9月分	1500	kwh

※補助単価は、次のとおりとする
・令和7年7月分及び9月分 1.0円/kwh
・令和7年8月分 1.2円/kwh

※7月から9月の電力使用量がわかる資料を添付してください。
(電力会社が発行した使用量の明細の写しなど)

給付額 4,700 円

4. 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	☒ 【重要】記入がない場合、給付できない場合があります。
------	---

5. 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	〇〇銀行		金融機関 コード	9	9	9	9	
支店名	△△支店		支店コード	8	8	8		
預金種類	1	1：普通　2：当座　4：貯蓄						
口座番号 (左詰め)	0	6	5	4	3	2	1	0
(フリガナ)	マルマルビョウイン							
取引口座名	〇〇病院							

【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 支援費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、支援費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 個人情報の取扱いに関して、支援費の給付手続きに必要な範囲で福岡県と共有することに同意すること

申請に必要な添付書類

①振込先通帳の写し

②7月から9月の電力使用量がわかる資料を添付してください。

(電力会社が発行した使用量の明細の写しなど)

※施術所については、受領委任取扱いの登録記号番号又は医療保険(療養費)の対象と
施術を行っていることが確認できる書類の写しが必要です。但し、令和6年度、本支援
による給付を受けた施術所については添付不要とします。