

(第1号様式)

有床及び無床(医科・歯科)診療所・物価

福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業(診療所等物価支援事業)給付金支給申請書兼実績報告書

福島県知事 殿

診療所等物価支援事業について、診療に必要な経費を対象とした給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 申請者の情報

フリガナ		申請年月日	2026	年		月		日
管理者(氏名を記載)								
フリガナ		住所・所在地	〒					
医療機関等の名称と種別	種別【有床診療所・無床(医科・歯科)診療所】 ※どちらかの種別を○で囲むこと。							
	保険医療機関コード:							
フリガナ		事務担当者	氏名					
開設者 (代表者の職・氏名も記載)	法人名(個人の場合は記載不要)		電話番号					
	代表者職		氏名	ファクシミリ				
				電子メール				
委任状			無					

2. 支給申請額

診療所等物価支援事業 支給申請額(円)	170,000
---------------------	---------

3. 振込口座(※通帳の写しを添付すること)

↓法人の振込口座を記載してください。

金融機関名		金融機関コード					支店名			支店コード		
口座番号(右詰め)		預金種別					フリガナ					
							口座名義人					

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」「(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

4. 支給申請に関する誓約事項

- (1) 本申請書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する書類等を適切に保管していることを誓約します。
- (2) 健康保険法上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績を有します。
- (3) 各事業に定めのある支給要件を満たしていることを誓約します。
- (4) 本給付金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます。
- (5) 本給付金等の給付後、各事業に定めのある返還事由に該当した場合は各事業に係る給付金の全額を返還します。

5. 添付資料

※ 添付書類を確認のうえ、チェックマークを付けてください。	<input type="checkbox"/> 振込口座の通帳等の写し(口座番号、口座名義等が確認できるもの)
	<input type="checkbox"/> 別紙様式1-1(有床診療所の場合)
	<input type="checkbox"/> 別紙様式1-2(無床(医科・歯科)診療所の場合)

別紙様式 1 - 2 (無床診療所)

福島県知事 殿

委任状の有無 :

開設者 (法人名) :

開設者 (氏名) :

無床診療所の名称 :



診療所等物価支援事業申請額算定報告書

【申請額】

給付額
170,000円

=

算定額
170,000円

申請額
170,000円

委任状

令和 年 月 日

福島県知事 殿

委任者
住所
役職・氏名

私は下記の者を代理人と定め、福島県医療施設等物価・賃上げ対策事業についての受領、返納及び精算に関する一切の権限を委任します。

委任期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで。

ただし、その年度に属する出納整理期間を含む。

受任者

診療所等名
住所
役職・氏名