

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。

記載例

- クリーム色に着色したセルの赤字部分を入力してください。
- 留意が必要な項目は赤字で囲んでいますので、確認してください。

1. 申請者の情報

フリガナ	〇〇〇〇 〇〇〇	申請年月日	2026 年 4 月 1 日	
管理者(氏名を記載)	〇〇 〇〇	住所・所在地	〒 123 - 4567 福島県〇〇市〇〇1-2-3	
フリガナ	〇〇〇〇シンリョウジョ	住所・所在地	福島県〇〇市〇〇1-2-3	
医療機関等の名称と種別	〇〇診療所 種別(有床診療所 無床(医科・歯科)診療所) ※どちらかの種別を〇で囲むこと。			
〇 10桁の番号を入力してください。 〇 各桁の構成は次のとおりです。 "07"(都道府県番号2桁)+"1~4"(点数表番号1桁)+医療機関コード(7桁) 〇 点数表番号は、1(医科)、3(歯科)ですが、なお御確認ください。 〇 不明な場合は"999999999"と記入してください。 (代表者の職・氏名も記載)	保険医療機関コード: 0712345678	〇 法人の場合は法人所在地、個人の場合は施設所在地の住所を入力してください。	事務担当者 氏名: △△ △△ 電話番号: 024-123-4567 ファクシミリ: 024-987-6543 電子メール: *****@*****.jp	
	イリウホウジン××カイ			法人名(個人の場合は記載不要)
	医療法人××会			代表者職
	理事長			氏名
				×× ××
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)	195,000
---------------------	---------

- 自動計算のため入力不要です。
- 手書きする場合は、数式を削除して印刷し、記入してください。

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	〇〇銀行	金融機関コード	1 2 3 4	支店名	〇〇支店	支店コード	1 2 3
口座番号(右詰め)	1 2 3 4 5 6 7	預金種別	普通	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

○ 誓約事項の内容は必ず確認してください。

- (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

○ チェックマークを必ずつけてください。

※ 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 checked="" 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 checked="" 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)

記載例

委任状の有無：
無

開設者（法人名）：
医療法人××会

開設者（氏名）：
×× ××

有床診療所の名称：
〇〇診療所

診療所等物価支援事業申請額算定報告書

- 自動計算のため入力不要です。
- 手書きする場合は、数式を削除して印刷し、記入してください。

【申請額】

対象病床数 (自動計算)	×	給付額 (14床以上の場合)	=	算定額
15床		13,000円		195,000円
使用許可病床数 (R7.8.1時点)		給付額 (13床以下の場合)	=	算定額
15床		170,000円		0円
令和6年度補正予算病床数 適正化支援事業による削減 数 (R7.8.2以降)				申請額
0床				195,000円

- 令和7年8月1日時点の許可病床数を入力してください。
- その他のセルは全て自動計算のため入力不要です。
- 手書きする場合は、数式を削除して印刷し、記入してください。

- 福島県医療施設経営強化緊急支援給付金を受給しており、令和8年8月2日以降で病床を削減した場合は入力してください。