

静岡県医療機関診療経費等物価高騰対策支援金交付申請書

令和 8 年 4 月 〇 日

静岡県知事 鈴木 康友 様

押印は不要です。

(所在地) 〒 □□□-〇〇〇〇
 静岡県静岡市葵区追手町 〇〇-〇〇
 (フリガナ) イリョウホウジンシャダンバツサンカクカイ
 (名称) 医療法人社団×△会
 (代表者の役職・氏名) 理事長 静岡 太郎

令和8年度分において静岡県医療機関診療経費等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、静岡県医療機関診療経費等物価高騰対策支援金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請額 : 金 3,668,000 円

(添付書類)

- 1 様式第2号 支援金申請額内訳書
- 2 振込先金融機関の口座が確認できる、通帳の写し等
 ※金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人及び口座名義人

金融機関名、支店名、預金種目の種類は、該当するものを○で囲むか、該当しないものを線で消してください。

【振込先金融機関口座記入欄】

金融機関名	〇〇	銀行・金庫・組合・農協・漁連	金融機関コード	△△△△
支店名	△△	本店・支店・本所・出張所・支所	支店コード	□□□
預金種目	普通・当座		口座番号	×××××××
フリガナ	イリョウホウジンシャダンバツサンカクカイ		フリガナ	〇〇カタロウ
口座名義	医療法人社団×△会 理事長 静岡太郎			

金融機関コード、支店コードは、分かる場合には記載してください。不明の場合は空欄で構いません。

【申請内容に関する連絡先】

受付欄 (記入不要)

申請内容に不明点があったり、不備があった場合に連絡をするので、必ず連絡が取れる電話番号、メールアドレスを記載してください。

申請者所属先所在地	〒 ×××-△△△△ 静岡市葵区追手町〇〇-〇〇	
所属名	〇〇病院	
責任者 (役職・氏名)	部長 富士山 次郎	
作成者 (役職・氏名)	課長 駿河 三郎	
連絡先	電話番号	〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	e-mail	××××.××××@×××.××

【裏面】

【誓約事項】

下記のとおり相違ないことを確認の上、各項目の左の欄へ○印を記載してください。
全ての項目に○を入れないと申請できません。

<input type="radio"/>	静岡県が実施するこの支援金について、介護分及びこども分の支援金と重複して申請していません。
<input type="radio"/>	私の申請内容について、虚偽が判明した場合には、支援金の返還等に応じるとともに、加算金を支払います。
<input type="radio"/>	私の申請内容を証明する書類を適切に保管します。
<input type="radio"/>	本申請に関し静岡県から検査・報告等の求めがあった場合は、これに応じます。
<input type="radio"/>	支援金の支払については、口座振替により受領することを希望します。
<input type="radio"/>	令和7年10月1日時点で事業所等を運営しており、申請日時点で事業所等を廃止していません。また、本支援金の交付を受けた後も事業所等の運営を継続します（する意思があります）。
<input type="radio"/>	申請者の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が静岡県暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が経営に事実上参画していません。

支援金申請額内訳書

No.	施設・事業所名 ①	区分 ②	施設・事業所の所在地 ③	病院・有床診療所の場合④		申請額（円） ⑤
				病床数（床）	1病床当たり（円）	
1	（例1）〇〇病院	病院	静岡県静岡市葵区追手町〇〇-〇〇	150	8,000	1,200,000
2	（例2）××診療所	診療所	静岡県下田市中××-××	15	124,000	1,860,000
3	（例3）△△クリニック	診療所	静岡県御殿場市竈△△-△△	1	304,000	304,000
4	（例4）□□クリニック	診療所	静岡県三島市中島△△-△△			304,000
5	開設者が法人等で、同一法人が複数の医療機関等を開設している場合は、法人単位でまとめた申請も可能です。内訳書に、それぞれの医療機関の名称、区分等を記載し、合計額を⑥欄に記載してください。		病床数は令和7年10月1日時点の使用許可病床数を記入してください。			
6						
7						
8						
				申請額合計⑥		3,668,000

（記載上の注意事項）

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
- 2 ①欄には、薬局については、保険薬局コードも合わせて記載すること。
- 3 ①欄には、施術所については、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書の9桁又は10桁の登録記号番号）も合わせて記載すること。
- 4 ②欄には、要綱第2の定義に基づき「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」、「施術所」又は「歯科技工所」と記載すること。
- 5 ④欄には、病院及び有床診療所については、施設ごとの病床数及び1病床当たりの金額を記載すること。
- 6 ⑥欄には、要綱別表3により計算した支援金の交付申請額を記載すること。

支援金申請額内訳書

No.	施設・事業所名 ①	区分 ②	施設・事業所の所在地 ③	病院・有床診療所の場合④		申請額（円） ⑤
				病床数（床）	1病床当たり（円）	
1	(例) △△助産院	助産所	静岡県熱海市水口町△△-△△			38,000
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
				申請額合計⑥		38,000

助産所の場合、入所定員の記載は不要です。

(記載上の注意事項)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
- 2 ①欄には、薬局については、保険薬局コードも合わせて記載すること。
- 3 ①欄には、施術所については、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書の9桁又は10桁の登録記号番号）も合わせて記載すること。
- 4 ②欄には、要綱第2の定義に基づき「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」、「施術所」又は「歯科技工所」と記載すること。
- 5 ④欄には、病院及び有床診療所については、施設ごとの病床数及び1病床当たりの金額を記載すること。
- 6 ⑥欄には、要綱別表3により計算した支援金の交付申請額を記載すること。

支援金申請額内訳書

No.	施設・事業所名 ①	区分 ②	施設・事業所の所在地 ③	病院・有床診療所の場合④		申請額（円） ⑤
				病床数（床）	1病床当たり（円）	
1	(例1) ○○○薬局沼津店 (2241111111)	薬局	沼津市高島本町○○-○○			76,000
2	(例2) □□□薬局静岡店 (2242222222)	薬局	静岡市葵区城東町△△-△△			76,000
3	(例3) △△△薬局浜松店 (2243333333)	薬局	浜松市中区鴨江□□□-□□			76,000
4						
5						
6						
7						
8						
申請額合計⑥						228,000

薬局の場合は、施設名の後ろに、10桁の保険薬局コードを記載してください。

開設者が法人等で、同一法人が複数の医療機関等を開設している場合は、法人単位でまとめた申請も可能です。内訳書に、それぞれの医療機関の名称、区分等を記載し、合計額を⑥欄に記載してください。

(記載上の注意事項)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
- 2 ①欄には、薬局については、保険薬局コードも合わせて記載すること。
- 3 ①欄には、施術所については、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書の9桁又は10桁の登録記号番号）も合わせて記載すること。
- 4 ②欄には、要綱第2の定義に基づき「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」、「施術所」又は「歯科技工所」と記載すること。
- 5 ④欄には、病院及び有床診療所については、施設ごとの病床数及び1病床当たりの金額を記載すること。
- 6 ⑥欄には、要綱別表3により計算した支援金の交付申請額を記載すること。

支援金申請額内訳書

No.	施設・事業所名 ①	区分 ②	施設・事業所の所在地 ③	病院・有床診療所の場合④		申請額（円） ⑤
				病床数（床）	1病床当たり（円）	
1	(例1) □□接骨院 (2244444444)	施術所	静岡県藤枝市瀬戸新屋××-×××			38,000
2	(例2) ××施術所 (2245555555)	施術所	静岡県富士市本市場△△-△△			38,000
3	<p>開設者が法人等で、同一法人が複数の医療機関等を開設している場合は、法人単位でまとめた申請も可能です。内訳書に、それぞれの医療機関の名称、区分、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書に記載されている9桁又は10桁の番号）等を記載し、合計額を⑥欄に記載してください。</p>		<p>施術所に関しては、あはき法・柔整法のそれぞれで施術所の開設届を提出している場合でも、同一施設（同一所在地）で開設している場合には、いずれか一方のみが対象となります。</p>			
4						
5						
6						
7						
8						
				申請額合計⑥		76,000

（記載上の注意事項）

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
- 2 ①欄には、薬局については、保険薬局コードも合わせて記載すること。
- 3 ①欄には、施術所については、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書の9桁又は10桁の登録記号番号）も合わせて記載すること。
- 4 ②欄には、要綱第2の定義に基づき「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」、「施術所」又は「歯科技工所」と記載すること。
- 5 ④欄には、病院及び有床診療所については、施設ごとの病床数及び1病床当たりの金額を記載すること。

支援金申請額内訳書

No.	施設・事業所名 ①	区分 ②	施設・事業所の所在地 ③	病院・有床診療所の場合④		申請額（円） ⑤
				病床数（床）	1病床当たり（円）	
1	（例1）□□歯科技工所	歯科技工所	静岡県磐田市見付××-×××			38,000
2	（例2）××歯科技工所	歯科技工所	静岡県葵区追手町△△-△△			38,000
3	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 開設者が法人等で、同一法人が複数の医療機関等を開設している場合は、法人単位でまとめた申請も可能です。内訳書に、それぞれの医療機関の名称、区分等を記載し、合計額を⑥欄に記載してください。 </div>					
4						
5						
6						
7						
8						
				申請額合計⑥		76,000

（記載上の注意事項）

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
- 2 ①欄には、薬局については、保険薬局コードも合わせて記載すること。
- 3 ①欄には、施術所については、施術管理者の登録記号番号（受領委任の取扱いの承諾通知書の9桁又は10桁の登録記号番号）も合わせて記載すること。
- 4 ②欄には、要綱第2の定義に基づき「病院」、「診療所」、「助産所」、「薬局」、「施術所」又は「歯科技工所」と記載すること。
- 5 ④欄には、病院及び有床診療所については、施設ごとの病床数及び1病床当たりの金額を記載すること。