様式第２号（第６条関係）

医療機関等

年　　月 　日

揖斐川町長 　様

 　 住 所

法 人 名

（法人の場合のみ）

 代表者職氏名

（個人の場合は申請者氏名）

揖斐川町社会福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書

下記のとおり揖斐川町社会福祉施設等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

１　申請額 金 円

２　施設の種類（いずれかに〇を付すこと。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 病院 |  | 有床診療所※１ |  | 無床診療所※２ |  | 歯科診療所 |
|  | 助産所 |  | 薬局 |  | 施術所 |  |  |

※１　有床診療所とは患者を入院させるための施設を有する診療所をいう。

※２　無床診療所とは患者を入院させるための施設を有しない診療所をいう。

添付書類

　・支援金額算定調書（様式第３号）

　・振込先確認書（様式第４号）

　・誓約書（様式第５号）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |