

山口県薬局光熱費高騰対策支援金支給申請書 (令和5年度 2回目)

※令和5年度の申請回数 (1又は2回目) を記入してください。

申請者 〒753-0071
住所 山口市滝町1番1号
氏名 山口県薬局 代表取締役 薬務 太郎
※法人の場合は、主たる事務所の所在地及び法人の名称、代表者の役職及び氏名を記入

山口県薬局光熱費高騰対策支援金事務局 様

標記について、次により支援金を支給されるよう申請します。

1 申請額

Table with 4 columns: 薬局名称, 所在地, 保険薬局コード, 申請額(円). Includes a total row (合計) with 30,000.

※申請額は、1薬局30,000円(一律)です。
※記載欄が不足する場合は本様式をコピーして必要事項を記載し、併せて提出してください。

2 支援金振込先口座情報

※1回目と同じ口座の場合は右枠に✓を記入→

Input field with a checked checkbox.

Table with 7 columns: 銀行コード, 銀行名, 支店番号, 支店名, 預金種目, 口座番号, 口座名義人. Includes 口座名義人 field with name.

※振込口座は、原則として法人の場合は当該法人、個人事業主の場合はご本人の口座に限ります。
それ以外の口座を指定する場合は、当該口座名義人に対する委任状を提出してください。
※口座情報がわかる書類(通帳の表紙および裏表紙のコピー)を添付してください。
なお、令和5年度に1度支給を受けており、前回申請と同じ口座で申請する場合、記入は必要ですが、書類の添付は不要です。

3 誓約

- (1) 申請する薬局について、令和5年12月15日時点で、山口県内に開設(休止を除く)しています。
(2) 申請日時点で事業活動を実施しており、今後も継続する意思があります。
(3) 申請内容に虚偽はありません。
(4) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団及び第2条第6号に規定する暴力団員に該当しません。また、代表者又は役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していません。
(5) 県税の滞納はありません。
(6) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金の返還に応じます。

私は、山口県薬局光熱費高騰対策支援金を申請するにあたり、上記の内容について事実と相違ないことを確認の上、誓約します。
誓約する場合、以下に✓を記入
[checked checkbox]

連絡窓口 table with columns: 担当者 (薬務 花子), e-mail (0000@ne.jp), 電話 (0000-00-0000), FAX (0000-00-△△△△)

※連絡先の電話番号は、午前9時から午後5時までにつながる番号を記入してください。