

医療機関食材料費高騰対策支援金申請書

申請日： 令和 7年 6月 10日

山口県知事 様

(申請者) 郵便番号 7538501

市町名より後の住所（丁目、番地等）を
忘れず記入してください。

住 所 山口市
滝町1-1

氏名・法人名 医療法人山口県

(法人の場合)代表者名 理事長 山口 崇 太郎

「氏名・法人名」は医療機関等の開設者が
個人の場合は個人のお名前を、法人の場合
は法人名を記入してください。

氏 名 山 口 梟 一 郎

電話 番 号 083-933-2835

メールアドレス byouinshienkin@pref.yamaguchi.lg.jp

医療機関食材料費高騰対策支援金の支給

口座名義人は通帳表紙の裏面を確認して、カタカナで記入してください。

申請します。

1. 振込口座情報

金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店					
金融機関コード(4桁)	1	1	1	1	支店コード(3桁)				2	2	2
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座			口座番号(7桁)	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 ※半角が効力で記載		イリョウホウジン ヤマグチケン									

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

2. 施設区分・支給額

施設区分	医療機関名	所在地	保険医療 機関コード	病床数	支給額(円)
病院	山口県滝町病院	山口市滝町1-1	0311111	200	2,200,000
病院	山口県三笠病院	岩国市三笠町1-1-1	0822222	100	1,100,000
有床診療所	山口県有床診療所	柳井市南町3丁目9-3	1233333	19	209,000
支給額及び合計額を 忘れず記入してください。					合計 3,509,000

※医療機関名は略さずに正式名称を記入すること。
 ※保険医療機関コード欄は7桁で記入すること。

※医療機関名は略さずに正式名称を記入すること。
※保険医療機関コード欄は7桁で記入すること。

支給額及び合計額を
忘れず記入してください。

3. 誓約

- (1) 申請する医療機関について、事業活動を行っており、事業を継続する意思があります。
(2) 申請内容に虚偽はありません。
(3) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律に規定する暴力団員に該当しません。また、暴力団員と非難されるべき関係を有していません。
(4) 県税の滞納はありません。
(5) 支給対象要件に該当しない事実や不正等
- 必ずチェックしてください。
誓約のチェックがなければ、
申請書を受け付けることができません。

必ずチェックしてください。
誓約のチェックがなければ、
申請書を受け付けることができません。

私は、医療機関食材料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、誓約します。

誓約する場合、
以下に✓を記入

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。