

山口県薬局光熱費高騰対策支援金支給申請書（令和7年度）

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 業務 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

※令和6年度の申請と同じ口座の場合は右枠に✓を記入(書類添付省略可)→

□

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. Includes a row for 口座名義人.

※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6年度に支給を受けており、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7年4月1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。
(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

✓

Table with 4 columns: 連絡窓口, 担当者, 電話, e-mail. Includes FAX information.

※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。

※e-mailアドレスは、振込報告を受信したいアドレスを記入してください。