

(様式第1号)

山口県診療所物価支援給付金 支給申請書

申請日: 令和8年 月 日

山口県知事 様

【申請者】郵便番号
(開設者)住所

氏名・法人名
(法人の場合)代表者名

【担当者】氏名
電話番号
メールアドレス

山口県診療所物価支援給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

1. 振込口座情報

金融機関名	支店名
金融機関コード(4桁)	支店コード(3桁)
口座種別	口座番号(7桁)
口座名義人 ※半角カタカナで記載	

※必ず申請者名義の口座を指定してください。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ります。

2. 施設情報・支給額

施設区分	施設名	所在地(市町名から番地まで)	保険医療機関 コード	病床数 (注記参照)	支給額

注記: 病床数は、令和7年8月1日時点の許可病床数です(休床分を含む。)

ただし、「病床数適正化支援事業」によって令和7年8月2日以降に削減した病床は除きます。

合計

3. 誓約

- 申請内容に虚偽はありません。
- 申請対象の施設に健康保険法上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から申請時点までの間に診療報酬を請求した実績があります。
- 申請対象の施設について、今後も事業を継続する意思があります。
- 県税の滞納はありません。
- 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」及び「暴力団員」に該当しません。また、暴力団や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。
- 支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合には、速やかに給付金を返還します。

山口県診療所物価支援給付金の支給を申請するにあたり、上記の内容について誓約します。	以下の□に✓を記入 <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------

※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。