（様式第1号）

山口県診療所等物価支援給付金　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　　（市町名）

（丁目、番地等）

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

山口県診療所等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

①山口県内に所在し、申請時点で事業を行っており、かつ、廃止の予定がありません。
②健康保険法上の保険医療機関コードの発行を受けています。
③令和7年4月1日から申請時点までに、診療報酬を請求した実績があります。
④業務上の行為により法令に違反し、令和7年（2025年）12月１日から申請日までに行政処分を受けたことはありません。
⑤申請内容に関する振込口座の記入間違い等、軽微な誤りについては、山口県が補正することに同意します。
⑥申請内容の不備が山口県の指定する期限までに解消しなかった場合、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
⑦申請者の責に帰すべき不備により振込不能等が生じ、山口県が指定する期限までに当該不備を解消しなかった場合、支給を辞退したものとみなされることに同意します。

山口県診療所等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 □

※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。