（様式第1号）

医療機関食材料費高騰対策支援金申請書

申請日：　令和8年　6 月　10 日

山口県知事　様

市町名より後の住所（丁目、番地等）を忘れず入力してください。

県外の法人等が申請される場合には、市町名の欄を空欄とし、この欄に都道府県名から住所を入力してください。

「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入力してください。

郵便番号	7538501	（半角数字・ハイフンなし）
住所	山口市	（市町名）
	滝町１－１	（丁目、番地等）（全角）
氏名・法人名	医療法人山口県	（全角）
（法人の場合）代表者名	理事長　山口県　太郎	（全角）
氏名	山口県　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を受[illegible]します。

口座名義人は通帳表紙の裏面を確認して、カタカナで入力してください。

1．振込口座情報

金融機関名	○○銀行	支店名	○○支店
金融機関コード(4桁)	1111	支店コード（3桁）	222
口座種別	普通	口座番号（7桁）	1234567
口座名義人 ※半角カタカナで記載	ｲﾘｮｳﾎｳｼﾞﾝﾔﾏｸﾞﾁｹﾝ		

※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	880,000
病院	山口県三笠病院	岩国市三笠町１－１－１	0822222	100	440,000
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	83,600
					0
					0
			合計		1,403,600

保険医療機関等コードは数字のみを入力してください。（カンマ、ハイフンなし）

※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。

3．誓約

（1）申請する医療機関について、事業活動を行っ
（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[illegible]6号
　に規定する暴力団員に該当しません。また、代[illegible]に
　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が発覚した場合は、速やかに支援金の返還に応じます。

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。