（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　　月　　日

山口県知事　様

（申請者）郵　便　番　号
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

医療機関食材料費高騰対策支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて、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	□普通 □当座	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）
				合計	

※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。また、代表者又は役員等が、暴力団又は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。
（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。

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。