# 提出書類一覧

下記の書類が揃っていることを確認したうえで、提出をお願いいたします。

| | チェック欄 | |
|---|---|---|
| 提出書類 | | 福井県物価高騰対策支援金（医療機関・福祉施設等）交付申請書<br><br>（様式第４―２号）無床診療所・助産所・施術所・歯科技工所 |
| | | 振込先の通帳の写し **★必須！**<br>※「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が<br>読み取れるもの<br>〈通帳の場合〉<br>表紙をめくった1ページ目の見開き<br>〈通帳が無い口座の場合〉<br>振込先口座の金融機関名、店名、預金種別、口座番号、口座名義（カナ）が確認できる書面等 |
| | | （施術所）<br>受領委任を取扱っていることを証する書類等 |
| | | （歯科技工所）<br>保険医療機関から委託等を受けていることを証する書類等<br>※歯科医院からの委託契約書、歯科技工指示書の写し、納品書・請求書の写し等 |

（様式第４－２号）

# 福井県物価高騰対策支援金（医療機関・福祉施設等）交付申請書

提出日：　令和　　年　　月　　日

福井県知事　　様

みだしのことについて、下記のとおり支援金の支給を申請します。

| （申請額） | | 円 | ・・・A |
|---|---|---|---|

**1．申請者情報**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設種別<br>（該当するものに〇をつけてください） | 無床診療所　／　歯科診療所　／<br>助産所（分娩取扱なし）　／　施術所　／　歯科技工所 | | |
| 法人名<br>（無い場合は記入不要） | | | |
| 施設（医療機関等）名 | | | |
| 役職・代表者名 | | | |
| 施設（医療機関等）所在地 | 〒 | | |
| 担当者<br>（所属・職氏名） | | 電話番号 | |
| メールアドレス | | | |

**2．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<br>※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。（医療機関等を設置する法人でも可）
※振込先の通帳の写し（「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れるもの（通帳の表紙をめくった1ページ目の見開きのコピーなど））を添付してください。

**3．申請額**

| 施設数 | 単価 | 申請額 | |
|---|---|---|---|
| | ×18,750 | | ・・・A |

**4．誓約　※必須**

（1）交付対象施設の要件を満たしています。
（2）県税の滞納はありません。
（3）福井県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。
　　また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
（4）交付のために提出した書類に虚偽はありません。
（5）支援金の申請は、1施設につき1回限りとします。
（6）虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じます。

| 誓約する場合、右欄に✓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。**

（様式第４－２号）

≪記載例≫

# 福井県物価高騰対策支援金（医療機関・社会福祉施設等）交付申請書

提出日：令和8年11月2日

福井県知事　様

みだしのことについて、下記のとおり支援金の支給を申請します。

| 申請額： | 18,750 | 円 | ・・・A |
|---|---|---|---|

**1. 申請者情報**（薬局等、複数の施設を運営している場合は、代表する施設を下欄に記入し、その他の施設は様式第1号裏面に記入ください）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 施設種別<br>（該当するものに〇をつけてください） | 無床診療所 ／ 歯科診療所 ／<br>助産所（分娩取扱なし） ／ 施術所 ／ 歯科技工所 | | |
| 法人名<br>（無い場合は記入不要） | | | |
| 施設（医療機関等）名 | 〇〇クリニック | | |
| 役職・代表者名 | 院長　〇〇　〇〇 | | |
| 施設（医療機関等）所在地 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇　福井市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 | | |
| 担当者<br>（所属・職氏名） | 事務　〇〇　〇〇 | 電話番号 | 0776－〇〇-〇〇〇〇 |
| メールアドレス | xxxxxxx@aaaa.jp | | |

**2. 振込口座情報**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | 〇〇銀行 | | | | 支店名 | 〇〇支店 | | | | |
| 金融機関コード（4桁） | 1 | 2 | 3 | 4 | 支店コード（3桁） | | | 5 | 6 | 7 |
| 口座種別 | 普通 | 口座番号（7桁） | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 | 〇〇　〇〇 | | | | | | | | | |

※必ず申請者名義の口座を指定してください。（医療機関等を設置
※振込先の通帳の写し（「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座
（通帳の表紙をめくった1ページ目の見開きのコピーなど））を添付

〇無床診療所、助産所（分娩なし）、施術所、歯科技工所

１８，７５０円

**※申請は1つの施設ごとに行ってください。**

**3. 申請額**

| 施設数 | 単価 | 申請額 | |
|---|---|---|---|
| 1 | ×18,750 | 18,750 | ・・・A |

**4. 誓約** **※必須**

（1）交付対象施設の要件を満たしています。
（2）県税の滞納はありません。
（3）福井県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。
　　また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
（4）交付のために提出した書類に虚偽はありません。
（5）支援金の申請は、1施設につき1回限りとします。
（6）虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じます。

| | |
|---|---|
| 誓約する場合、右欄に✓を記入 | ✓ |

必ずチェック！

**※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。**