

※太枠内に必要事項を記入してください。

令和 年 月 日

鳥取県知事 様

(申請者)郵便番号  -

住 所

氏 名

(法人の場合は法人の名称・代表者の役職(理事長等)・氏名、個人事業主の場合は施設の名称・代表者の役職(院長等)・氏名)

医療・高齢者施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・高齢者施設等物価高騰対策応援金(医療機関等物価高騰対策支援事業)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額  円

2 申請内訳

施設区分	施設名	所在地	食材料費高騰に係る支給		光熱費高騰に係る支給			
			許可病床数(床)	支給額(円)	稼働病床数(床)		介護医療院、介護老人保健施設への転換分(※)	救急告示(精神科救急含む)
		一般	療養等					
病院							( / )	
							( / )	
							( / )	
							( / )	
有床診療所							( / )	
							( / )	
無床診療所 歯科診療所							( / )	
							( / )	
							( / )	
							( / )	
助産所								
歯科技工所								
合計								

※ 令和6年3月31日以前に療養病床等から転換した介護医療院又は介護老人保健施設の床数を記入してください。

3 振込先口座情報等

金融機関名	<input type="text"/>		支店等名	<input type="text"/>
預金種別	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>	
口座名義	(フリガナ)	<input type="text"/>		
	名 称	<input type="text"/>		

4 担当者情報

担当者職氏名	<input type="text"/>
電話番号	<input type="text"/>
メールアドレス	<input type="text"/>