

石巻市医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書兼実績報告書兼請求書

日付は空欄としてください。

令和8年 月 日

石巻市長（あて）

申請者

所在地 石巻市穀町14番1号

法人等名 ○○○○クリニック

代表者名 院長 石巻 太郎

押印不要です。

石巻市医療機関等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、石巻市医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、支援金の交付決定を受けた際には、この申請をもって実績報告及び請求といたします。

記

漏れなく記入してください。

1 交付対象施設

施設名	○○○○クリニック
施設区分 ※該当する区分の□にチェック（✓）を入れてください。 ※病院にあっては、病床数を記入してください。	<input type="checkbox"/> 病院（病床数： 床） <input type="checkbox"/> 診療所（有床） <input checked="" type="checkbox"/> 診療所（無床） <input type="checkbox"/> 保険薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> 施術所 <input type="checkbox"/> 歯科技工所

2 交付申請額（請求額） 金100,000円

施設区分に応じた金額を記入してください。

3 振込先口座

金融機関名	△△△ 信金・信組 農協・信漁連	金融機関コード	1	2	3	4			
支店名 （店名）	□□□ 本店 支店	支店コード （店番）	1	2	3				
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 （右詰め）	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	イシノマキ タロウ								
口座名義人	石巻 太郎								

漏れなく記入してください。

4 添付書類

- (1) 振込先口座確認書類（口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し）
(2) その他市長が必要と認める書類

(1)は通帳見開き1ページ目等の写しを添付してください。
(2)は添付不要です。不明点等がある場合に限りです。