

高知市長 桑名 龍吾 様

申請日を忘れず記入してください

高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請書

高知市医療施設等物価高騰緊急対策支援事業実施要綱(以下「実施要綱」という)第4条の規定により、給付金の給付を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者氏名 (自署) 桂 浜子

自署で記入してください

申請者住所 〒 780-●●●●● 高知市●町●丁目●-●

施設名称	●●診療所		
施設所在地	〒 780-●●●●● 高知市●町●丁目●-●		
担当者名	高知 花子	日中連絡が取れる電話番号	088-●●●●-●●●●
E-mail	abcd@efghi.com		

1. 申請内容を記入してください。休床している場合は無床診療所の給付額を、有床診療の場合は病床数も記入してください。

該当する区分に○を記入してください。

休床にしている場合はこちらに「○」を記入してください

※給付額は裏面を確認の上、必ず記入してください。

<input type="radio"/>	有床診療所	<input type="radio"/>	無床診療所(休床している場合)	給付額	800,000 円 ①
-----------------------	-------	-----------------------	-----------------	-----	-------------

病床数	5	床	×	6,400 円	=	給付額	32,000 円 ②
-----	---	---	---	---------	---	-----	------------

給付申請額 ①+② = 832,000 円 金額の記入誤りに注意してください

2. 裏面の誓約書の内容について誓約する場合は○を記入してください。

誓約する 【重要】記入がない場合、給付できません。

裏面を確認の上、必ず「○」を記入してください

3. 振込口座

令和5年9月の高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請と同じ口座への振り込みを希望される場合は○を記入してください。

希望する 同じ口座を希望される場合は「○」を記入してください
その場合は、振込口座情報の記入と添付は不要です

別の口座を希望、前回未申請、または口座が不明な場合は、振込口座情報の記入と振込先口座及び口座名義のわかる書類の写しを添付してください(別紙参照)。

金融機関名	●●銀行	金融機関コード	1	2	3	4			
支店名	●●支店	店舗コード	1	2	3				
口座種類	普通・当座	口座番号(左詰め)	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ)	カツラ ハマコ								
口座名義	桂 浜子								

※ 申請者である個人名義の口座に限ります