

高知市長 桑名 龍吾 様

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。

法 人 名			
代 表 者 職 ・ 氏 名	印		
法 人 所 在 地	〒		

施 設 名 称			
施 設 所 在 地	〒		
担 当 者 名		日中連絡が取れる電話番号	
E-mail			

1. 該当する区分に○を記入してください。

☐ ①無床診療所	☐ ② 薬局	☐ ③訪問看護ステーション
☐ ④助産所	☐ ⑤あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復施術所	

2. 申請額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。

給付申請額 円

3. 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。
------	--------------------------	----------------------

4. 振込口座

令和6年3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	☐	○を記入の場合は、以下の口座情報の記入は不要です。
------	--------------------------	---------------------------

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			金融機関コード				
支店名			店舗コード				
口座種類	普通・当座	口座番号 (左詰め)					
(フリガナ)							
口座名義							

※ 申請者である法人の代表者名義の口座に限ります

※ 誤記した場合、必ず訂正印押印(例: )して下さい。(右上の印と同じもの)

誓約書

私は、高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要綱に基づいて「高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

<申請される全ての方>

- 高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項で定めている次の要件を含む全ての申請要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
 - ・法令等が求める設置に必要な指定等を受けています。
 - ・高知市事業者等からの暴力団の排除に関する規則(平成23年規則第28号)第4条各号に掲げる者に該当しておらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
 - ・申請を行う事業所・施設について、「高知市社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金給付事業実施要綱」に基づく申請を行っておらず、又交付も受けていません。
 - ・市税を滞納していません。
- 高知市から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の支給を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名などの公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報及び医事薬事業務として使用することに同意します。
- 市内の市町村から、独自に創設した原油・物価高騰の影響を受けた医療施設等への運営費支援のための給付金に関する事業を実施するために必要であるとして、高知市に情報提供(申請者情報、振込先等)の依頼があった場合の提供に同意します。
- 国の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知市に情報提供(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項の記載事項について理解のうえ、同意します。

対象事業所・施設ごとの給付額

・有床診療所	125,000円 + 3,000円 × 病床数 (休床分除く)
・無床診療所	40,000円
・薬局	20,000円
・訪問看護ステーション	20,000円
・助産所	10,000円
・あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、 柔道整復施術所	6,000円