

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。

必ず代表者印を押印してください

法人名 株式会社

代表者職・氏名 代表取締役 高知 太郎

代表印

法人所在地 〒780- 高知市町丁目-

施設名称	鍼灸院		
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. 該当する区分に○を記入してください。

該当する申請区分に「○」をしてください

☐ 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

6,000 円

金額の記入誤りに注意してください

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。

裏面を確認の上、必ず「○」を記入してください

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

☒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				
口座種類	普通・当座	口座番号(左詰め)	1			
(フリガナ)	カブシキガイシャ ダイヒョウトリシマリヤク コウチ タロウ					
口座名義	株式会社 代表取締役 高知 太郎					

必ず法人の代表者名義の口座情報を記入してください

※ 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: 訂正印)して下さい。(右上の印と同じもの)