

松阪市医療機関等への物価高騰対策支援事業補助金交付申請書

令和 年 月 日

（宛先）松阪市長

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	名 称										
	所 在 地	(郵便番号 -)									
	代表者の職・氏名	職 名					氏 名				

施設の名称・所在地等	フリガナ										
	医療機関・薬局等の名称										
	医療機関・薬局等の所在地	(郵便番号 -)									
	医療機関番号										※助産所、施術所及び歯科技工所は記入不要です。
	連 絡 先	電話番号									
E-mail											

担当者	申請に関する連絡先	電話番号					E-mail			
	申請に関する担当者	職 名					氏 名			

申 請 内 容

【病院（200床未満）、（200床以上300床未満）、（300床以上）及び有床診療所（医科・歯科）】

許可 病床数：	病床	※1又は2の区分に該当がある場合は、令和7年4月1日時点の許可病床数を記載してください。									
区 分		該当する区分に○をしてください。	申 請 額								
1	【病院(200床以上300床未満及び300床以上) 電気・ガス・ガソリン代相当分		円								
2	【病院(200床未満)及び5床以上の有床診療所】電気・ガス代相当分		円								
3	(4床以下の有床診療所) 電気・ガス代相当分		円								
4	ガソリン代相当分(※1) (※2)		円								
合 計			円								

【無床診療所（医科・歯科）、薬局】

区 分		該当する区分に○をしてください。	申 請 額
1	電気・ガス代相当分		円
2	ガソリン代相当分(※1) (※2)		円
合 計			円

【助産所、施術所、歯科技工所】

区 分		該当する区分に○をしてください。	申 請 額
1	助産所（電気・ガス代相当分）		円
2	施術所（電気・ガス代相当分）		円
3	歯科技工所（電気・ガス代相当分）		円
合 計			円

※1 病院及び診療所（医科・歯科）、薬局については、令和7年4月1日時点で東海北陸厚生局へ受理記号「精在宅援」、「支援病」「支援診」、「在医総管」、「歯援診」または「在薬総」のいずれかの届出が受理されている施設が対象となります。

※2 ガソリン代相当分は事業所において車両の燃料費を負担している場合に限る。

誓約事項（※下記の内容を確認し、□にレ（チェック）をしてください。）

☐ 報告内容に虚偽の事実が判明した場合は、補助金の一部又は全額を返還します。
☐ 令和7年9月30日まで事業を継続します。
☐ ガソリン代相当分については、事業所において車両の燃料費を負担しています。