

## 医療機関等物価高騰支援給付金支給申請書

立川市長 殿

医療機関等物価高騰支援給付金について次のとおり申請します。

## 1 申請者情報

		年 月 日
種別	1 病院    2 医科診療所    3 歯科診療所    4 薬局 5 施術所 (                     )    6 助産所	
医療機関等名称		
医療機関等所在地	〒	
代表者職・氏名	印	
電話番号		

## 2 申請金額

											円
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

## 3 給付金の振込口座

		名称				店名		
金融機関名		銀 行 信用金庫 (                     )						本 店 支 店 出張所
金融機関コード					店舗コード			
口座番号							預金種類	
※右詰めで記入							1 普通	2 当座
口座名義	(フリガナ)							
口座名義								

※口座名義人は申請者と同一である必要があります。

## (添付書類)

- 給対象者であることが確認できる書類（病院、医科診療所、歯科診療所又は薬局：申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し。助産所：開設届の控え。施術所：療養費の受領委任の取扱いの承諾（登録）通知書の写し）等
- 給付金振込口座の通帳の写し等（口座番号、口座名義記載の頁）