第１号様式あ（第５条関係）　　【個人用】

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 ※自署の場合は押印を省略することができます。
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 ※右詰めで記入								預金種類 １　普通　　２　当座			
口座名義	（フリガナ）										

※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）