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<br>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<br>※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<br>信用金庫<br>（　　） | | | | | | | 本　店<br>支　店<br>出張所 | | | |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | | | | | |
| 口座番号<br>※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）

- ○ 支給対象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。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。助産所：開設届の控え）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）