

江戸川区長 殿

江戸川区医療施設物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

江戸川区医療施設物価高騰対策支援金交付事業に係る支援金の交付を次のとおり申請します。

1 申請者・医療施設・振込先・請求額

※ 機械で読み取りますので、枠内に丁寧に記入してください。振込先は必ず申請者名義の口座を記入してください。

申請者 (開設者)	郵便番号	〒								連絡先		
	住所 (所在地)											印
	氏名 (名称)	代表者職名 (法人のみ)		代表者氏名 (法人のみ)								
医療施設	所在地	江戸川区										
	名称							区分	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 薬局			
振込先	金融機関 コード					支店コード						
	金融機関名							<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座 <input type="checkbox"/> 4 貯蓄			口座番号							
	フリガナ											
	口座名義名											
請求額	金 _____ 円（支援金は1施設につき100,000円です。）											

2 交付要件確認事項（□にチェックをつけてください。）

- 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号の暴力団又は同条第6号の暴力団員が経営に関与していません。
- 当該医療施設は物価高騰対策に係る他の支援金等の支援（光熱費に係るもの）を受けていません。
- 当該医療施設は現在休止していません。
- 当該医療施設を継続的に運営する意思があります。

※事務処理欄

3 添付書類

- 口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し（通帳、キャッシュカード等の写し）
- 申請日時時点で有効な保険医療機関・薬局指定通知書の写し

処理	照合	
/		