

江戸川区長 殿

この用紙は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。

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を申請します。

個人、法人いずれの場合も必ず押印してください。

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	〒 1 3 2 - 8 5 0 7	連絡先	090-1234-5678						
	住所 (所在地)	江戸川区東小岩1-1-1								
	氏名 (名称)	医療法人社団 エドガワ								
	代表者職名 (法人のみ)	理事長			代表者氏名 (法人のみ)	江戸川 太郎				
医療施設	所在地	江戸川区 中央1-4-1								
	名称	江戸川区クリニック			区分	<input checked="" 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	0 0 0 1	支店コード	1 1 1						
	金融機関名	〇〇〇			<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	〇〇〇				
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通 <input type="checkbox"/> 2 当座 <input type="checkbox"/> 4 貯蓄			口座番号	1 2 3 4 5 6 7				
	フリガナ	イ) エドガワ								
	口座名義名	医療法人社団 エドガワ								
請求額	金 100,000 円 (支援金は1施設につき100,000円です。)									



振込先は申請者名義の口座としてください。

請求額を忘れずに記入してください。

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(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(7号)第2条)に基づき、暴力団員が経営に関与していません。
- 当該施設は、他の支援金等の支援(光熱費に係るもの)を受け付けていません。
- 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しています。

チェック漏れが無いようにしてください。

送付前に必ず確認してください。

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)
- 申請日時点で有効な保険医療機関・薬局指定通知書の写し

※事務処理欄

処理	照合
/	