

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

三宅町長 様

申請者 住 所 三宅町大字

医療施設等名称
代表者 職・氏名
電話番号

印

三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付要綱第4条の規定により、次の関係書類を添えて申請及び請求します。また、同要綱に規定する交付対象施設の要件及び関係事項について遵守することを誓約します。

なお、課税・納税状況その他支援金の交付決定に必要な事項を三宅町長が官公署、関係人等に調査し、報告を求めるに同意します。

交付対象施設区分 (該当する区分に□をしてください)	<input type="checkbox"/> 診療所	<input type="checkbox"/> 調剤薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業所
保険機関等コード			
医療施設等の名称			
医療施設等の所在地			
交付申請額	円 (月額 50,000円 × _____か月)		

【口座振替申出書】

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	本店 支店 出張所
種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※振込口座は申請者と同じ法人名（個人事業主名）及び代表者名の口座に限ります。