

## 三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、電気・ガス料金等の物価高騰の影響を受けている町内の医療施設等に対し、三宅町医療施設等物価高騰対策支援金（以下「支援金」という。）を交付するために必要な事項を定めることにより、当該交付対象施設の経営負担を軽減し、安定した地域医療の継続を支援することを目的とする。

### (交付対象施設)

第2条 支援金の交付対象となる医療施設等（以下「交付対象施設」という。）は、令和8年1月1日時点において、町内に所在する施設であって、かつ令和8年3月31日までに事業等の休止又は廃止を予定していないこととする。ただし、次の各号のいずれかに該当する場合を除く。

- (1) 交付対象施設が、法令等の規定による施設の設置又は事業等の開始等にかかる登録、届出等のみを行い、対象期間において実際に当該医療等を行った実績がないと町長が認める場合
- (2) 第4条の規定による申請を行う日において、交付対象施設に町税の滞納がある場合
- (3) 交付対象施設が、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号に規定する暴力団、同条第6号に規定する暴力団員又はこれらのものと密接な関係を有するものである場合

### (支援金の交付額)

第3条 支援金の交付額は、別表に定める額に補助対象期間（令和8年1月1日から同年3月31日までをいう。）の月数を乗じて得た額とする。

### (交付申請等)

第4条 支援金の交付を受けようとする者は、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（様式第1号）を町長に申請しなければならない。

2 支援金の申請期限は、町長が別に定める日とする。

### (交付決定等)

第5条 町長は、前条による申請があったときは、その内容を審査の上、支援金の交付の可否を決定し、三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付・不交付決定通知書（様式第2号）により通知し、支援金を口座振込により交付するものとする。

### (調査等)

第6条 町長は、支援金に関し必要があると認めるときは、支援金の交付を受けた交付対象施設に対し報告を求め、文書を提出させ、又は実地調査を行うことができる。

### (交付決定の取消し等)

第7条 町長は、交付対象施設が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、支援金の交付決定を取消すものとする。

- (1) 偽りその他不正な手段により支援金の交付を受けたとき。
- (2) 支援金の交付の条件又はこの要綱に違反したとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、町長が不適当と認める事由が生じたとき。

2 前項の規定により、支援金の交付決定の取消し又は既に交付した支援金の全部若しくは一部の返還命令を受けた者は、指定された期日までに支援金を返還しなければならない。

### (不当利得の返還)

第8条 町長は、支援金交付後に、交付対象施設が第2条に規定する交付対象施設の要件に該当しないことが判明し、又は偽りその他不正の手段により支援金の交付を受けた場合、交付した支援金の返還を求めるものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

#### 附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和7年12月26日から施行する。  
(この要綱の失効)
- 2 この要綱は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

別表(第2条及び第3条関係)

医療施設等	支給額
診療所(保険医療機関に限る。) ※1	50,000円／月
調剤薬局(保険薬局に限る。) ※1	50,000円／月
訪問看護事業所(指定訪問看護事業者に限る。) ※2	50,000円／月

※1 健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号に規定する保険医療機関又は保険薬局

※2 健康保険法第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者の指定にかかる訪問看護事業所(同法第89条第1項に規定する訪問看護事業所をいう。)

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。

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

様

三宅町長

印

三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付・不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった三宅町医療施設等物価高騰対策支援金について、  
次のとおり決定したので、三宅町医療施設等物価高騰対策支援金交付要綱第5条の規定により  
通知します。

1 交付  
交付決定額 金 円

2 不交付  
理由