別記様式第１号（第５条関係）

広島県医療機関食材料費高騰対策支援金交付申請書兼実績報告書

令和　年　月　日

　広島県知事　様

　広島県医療機関食材料費高騰対策支援金交付要綱第５条の規定により、次の施設の支援金の交付を申請並びに実績を報告します。

１　申請者

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者種別（どちらかに☑を入れてください） | □法人　・　□個人 |
| 申請者に関する情報 | 法人 | 法人名 |  |
| 代表者役職（理事長等） |  |
| 代表者氏名 |  |
| 個人 | 氏名 |  |
| 法人所在地又は事業主住所 | 〒　　　- |
| 担当者氏名・連絡先 | 氏名　 | TEL　 |

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 　 | 金融機関コード | 　 |  |  |  |  |
| 支店名 | 　 | 支店コード | 　 |  |  |  |
| 口座種別 | □普通・□当座・□上記以外（　　　） | 口座番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

* 必ず申請者名義の口座とすること。やむを得ず申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合は委任状を添付すること。

※　口座名義（カナ）は通帳（見開きページ）の表記と同様に記載すること。

３　誓約・同意

|  |  |
| --- | --- |
| 誓約・同意 | **□**　以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。（次の事項を御確認のうえ、チェック☑をしてください。チェックがない場合は、申請書を受け付けることができません。） |

(1) 令和７年１月１日から令和7年３月31日までの間休止しておらず、また申請時においても休止しておらず、休止又は事業の廃止の予定はなく、入院患者へ食事提供を行います。申請の内容に相違はありません。申請書の内容に相違があった場合は、速やかに返金します。

(2)　県が適切な交付を行うために必要な時は、県が申請内容を補正することに同意します。

(3) 代表者又は役員のうちに暴力団員に該当する者はおりません。

(4) 申請後に、代表者又は役員のうちに暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

（裏面に続く）

（別記様式第１号　裏面）

４　申請施設

　　申請者が同じ、かつ振込口座が同じ場合、10施設まで同時に申請できます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 施設区分※１ | 医療機関名 | 医療機関コード※２ | 所在地 | 許可病床数※３ | 申請額（円） |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |

※１ ①：病院（20床以上）、②：有床診療所（19床以下）

※２　10桁の医療機関コード

※３　令和７年１月１日現在

※基準額：１床あたり2,500円