

令和 年 月 日

広島県知事 様

提出日を記載してください

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。

どちらかに☑を入れてください

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	医療法人ヒロシマ会
		代表者役職（理事長等）	理事長
		代表者氏名	広島 太郎
	個人	氏名	
	法人所在地 又は 事業主住所		〒730 - 0031 広島市中区紙屋町 2-2-2 -
担当者氏名・連絡先		氏名 広島 二郎	TEL 082-123-456

2 振込先

金融機関名	〇〇銀行							金融機関コード						0	0	0	0				
支店名	広島支店							支店コード						1	1	1					
口座種別	□普通・□当座 ・□上記以外（ ）							口座番号						2	2	2	2	2	2	2	
口座名義 (カナ)	イ	リ	ヨ	ウ	ホ	ウ	シ	〃	ン		ヒ	ロ	シ	マ	カ	イ		リ	シ	〃	チ
	ヨ	ウ			ヒ	ロ	シ	マ		タ	ロ	ウ									

※ 必ず申請者名義の口座とすること。やむを得ず
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

名義相違で振込ができないことがあるため、法人種類と名称、姓と名の間などにあるスペースの有無についてご確認ください。(通帳の見開きページの表記と同様に記載してください)

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。）
-------	---

誓約・同意いただけない場合、申請書を受け付けることができませんので、忘れずにチェック☑を入れてください

※締約・同意いただけない場合、申請書の受け付けることができませんので、必ずチェック☑を入れてください。

(5) 代表者又は役員の中に暴力団員に該当する者はありません。

(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	①	医療法人ヒロシマ会 広島病院	1234567890	730-0031 広島市中区紙屋町 2-2-2	20	50,000
2						
合計						50,000

当てはまる区分の番号を
記載してください

※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