

別記

様式第1号（第4条関係）

多治見市医療機関物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

多治見市長

申請者 住 所 _____

名 称 _____

代表者職氏名 _____ ⑩ (※)

(※)記名押印をしてください。(代表者本人が自署する場合を除く。)

多治見市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱第4条第1項に基づき、次のとおり支援金を申請し、交付決定を受けた場合はその額を請求します。なお、同要綱第8条の規定に該当する場合は、当該支援金の全部又は一部を返還します。

名 称	
住 所	多治見市

区 分		申請・請求金額	申請区分 (○印)
病院・診療所	病床なし	100,000 円	
	病床数 50 床未満	200,000 円	
	病床数 100 床未満	300,000 円	
	病床数 100 床以上	500,000 円	
歯科診療所・薬局		100,000 円	

支援金振込先

金融機関名 (銀行コード)	()
支店名 (支店コード)	()
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	()

(表面)

【添付書類】

- (1) 申請に係る事業所のサービス提供実績が分かる書類
- (2) その他市長が必要と認める書類

【同意及び誓約】

- 1 市税等の納付状況について確認することに同意します。

※市税等：本市における市税、水道料金、下水道使用料、下水道事業受益者負担金、し尿処理手数料又は農業集落排水処理施設使用料

- 2 多治見市暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第2号に規定する暴力団員等でないこと、また、今後もこれらに該当しないことを誓います。