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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　(※)

　　　　　　　　　　　　　　　(※)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（〇印） |
| 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。

（裏面）