任意様式

筑西市物価高騰対策医療機関等支援給付金給付申請書

令和　　年　　月　　日

筑西市長　　様

（申請者）住所（所在地）

氏名（開設者名）※

印

電話番号

筑西市物価高騰対策医療機関等支援給付金給付要項第６条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

区分及び申請額	□薬局：３万円　　□無床診療所又は歯科診療所：３０万円 □有床診療所：６０万円　□病院（１４９床以下）：２００万円 □病院（１５０床以上）：３００万円			
給付対象医療機関等	医療機関等名			
	所在地			
	電話番号			
振込先	金融機関名		支店等名	
	種　　類	普通　・　当座		
	口 座 番 号			
	フリガナ			
	口 座 名 義			
添付資料	⑴　給付金の振込先口座に係る通帳等（名義者の氏名及び口座番号の記載がある部分）の写し ⑵　誓約書 ⑶　その他（　　）			

※　法人の場合は、代表者の職氏名も記載してください。
　　個人の場合は、開設者の職名も記載してください。
　　ネーム印（インク内蔵印）は不可。