様式第１号（第５条関係）

長久手市医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　長久手市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　長久手市医療機関等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、長久手市医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱を遵守します。また、支援金は、「振込先情報」の口座へ振り込んでください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円　 |
| 病床数※ | 床　 |
| 振込先情報 | 金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　本店・支店農協・信用組合　　　　　　　出張所 |
| 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| 口座名義人（ｶﾅ） |  |

※　病院、有床診療所は、交付申請日時点で保健所に届出してある１施設当た

りの病床数を記入してください。

【添付書類】

 振込先口座が確認できる通帳等の写し