

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  
連絡先  
印

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 農協・信用組合	本店・支店 出張所
	預金種目	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	口座名義人（カ）		

※ 病院、有床診療所は、交付申請日時点で保健所に届出している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