

記入例

申請日を記入

令和 8 年 6 月 1 日

龍ヶ崎市長 様

押印必須(スタンプ印不可)

法人の場合、法人名・代表者(開設者)の職名・氏名を記入してください。職名は、理事長・病院長・代表取締役(社長)などの役職名です

地 龍ヶ崎市〇〇番地
職名 医療法人舞龍会 龍崎医院
号 理事長 龍崎 一郎
0297-64-1111

医療法人
舞龍会
理事長印

令和8年度龍ヶ崎市医療機関等物価高騰対策支援事業費補助金
交付申請書兼請求書

法人の場合、法人印を押印

令和8年度龍ヶ崎市医療機関等物価高騰対策支援事業費補助金の交付を受けたいので、龍ヶ崎市医療機関等物価高騰対策支援事業費補助金の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請

登録されている管理者(施術管理者)の職名・氏名をご記入ください。職名は、院長・店長・施設長などの役職名です

法人の場合
法人名で記載

保険医療機関コード、登録記号番号、ステーションコードをご記入ください
※番号は「保険医療機関指定通知書」又は「受領委任の取扱いに係る承諾通知書」に記載にある番号をご記入ください

事業所等所在地	龍ヶ崎市〇〇番地
管理者職氏名	院長 龍崎 次郎
保険医療機関コード等 (右づめで記入)	0 8 1 0 7 7 7 (施術所は登録記号番号、訪問看護はステーションコードをご記入ください。)
電話番号 (自由に連絡が取れる担当者携帯電話)	03-1234-5678 (担当者:医事課長●● 携帯)
施設規模	<input type="checkbox"/> (200床以上) <input type="checkbox"/> 病院 (200床未満)
診療科目	<input type="checkbox"/> (病床あり) <input checked="" type="checkbox"/> 診療 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問 (あん摩・はり・きゅう・柔道整復)
補助金の交付申請額 (右づめで記入)	1 0 0 0 0 0 0 円

柔道整復の登録記号番号は、「協」又は「契」から始まる10桁です。登録記号番号をもたない施術所は9999999999(10桁)とご記入ください

担当者の職名・姓・連絡先
をご記入ください

金額部分の記載は訂正できません(訂正印不可)
書き間違いはお手数ですが書き直してください

2 振込先

金融機関番号	金融機関	振込先
1 1 1 1	龍ヶ崎	銀行 金庫 組合 7 7 7 龍ヶ崎中央 本店 支店 出張所 支所
種 別	口座番号(右づめで記入)	
<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	1	2 3 4 5 6 7
(フリガナ)	リョウホウジンマイリュウカイ リュウガキイン リュウガキイロウ	
口座名義人	医療法人舞龍会 龍崎医院 龍崎一郎	

個人名で登録されている口座の場合は、申請者(代表者)と同一の口座として
ください

裏面につづきます

3 宣誓・同意事項



以下の内容に
本申請内容
(左の□に✓をしてください。同意がない場合、補助金は交付できません。)

下記の宣誓・同意事項をすべて一読し、必ず✓をしてください。✓がない場合、宣誓・同意がないため、補助金は交付できません。

- (1) 補助金の交付を受けた後も事業を継続する意思があること。
- (2) 要綱第3条第1項に規定する交付対象者であること及び同条第2項各号のいずれにも該当しないこと。
- (3) 補助金の交付の申請（以下「交付申請」という。）の内容が虚偽でないこと。
- (4) 交付申請に関し、市から検査、報告その他必要な措置（以下「検査等」という。）の求めがあった場合は、これに応じること。
- (5) 補助金の交付に係る事務に必要な範囲において、交付申請に当たり市が取得した情報等が第三者に提供される場合及び申請者の個人情報第三者から取得される場合があること。
- (6) 要綱第11条第1項の規定により補助金の交付の決定の取消しを受けたときは、補助金を市に返還すること。
- (7) 事業者の支援施策の検討及び推進のため、交付申請に当たり市が取得した情報等を活用する場合があること。

4 添付書類

- 保険医療機関コード（登録記号番号）、事業所の所在地が確認できる書類等の写し
(例) 保険医療機関指定通知書、受領委任の取り扱いに係る承諾通知書
- ※ 登録記号番号を有しない施術所については、以下の書類の写し
 - 令和7年度に医療保険（療養費）の対象となる施術の実績があることが確認できる書類
- 振込口座の確認ができる書類の写し
- ※ 添付書類に掲げるもののほか、申請された内容を確認、審査するため必要に応じ、書類の追加を行うことがあります。

●添付書類:以下を忘れずに添付してください。

【必須書類】

- (1) 保険医療機関コード(登録記号番号等)と施設の所在地が確認できる「保険医療機関指定通知書」又は「受領委任の取り扱いに係る承諾通知書」の写し等
- (2) 振込口座が確認できる書類(通帳・キャッシュカード)の写し

※(1)の登録記号番号を持たない施術所の方は、令和7年度に医療保険(療養費)の対象となる施術の実績があることが確認できる書類を添付してください。