

別記様式第1号（第5条関係）

年 月 日

美称市長 樣

申 請 者
所 在 地
名称並びに
代表者氏名

美祢市救急告示病院・診療所物価高騰対策支援金支給申請書兼請求書

美祢市救急告示病院・診療所物価高騰対策支援金の支給を受けたいので、次のとおり申請し、請求します。

支援金申請額 金 円

1 医療機関の内容

医療機関名 _____ 医療機関コード _____

許可病床数 床

2 申請額（千円以下切り捨て）

基本額	許可病床数 (a)		単価 (b)	申請額A ((a) × (b))
	床		円	円
加算額	救急受入数	受入割合(c)	加算に係る予算額(d)	申請額B ((c) × (d))
	人	%	円	円
			合計申請額 (A+B)	
				円

3 振込先

金融機関の名称			支店名					
預金種別	普通	当座	口座番号					
口座 名義	カナ							
	漢字							