第1号様式(第5条関係)

令和　　年　月　日

那賀町長　殿

所　在　地
医療機関名
代表者名　　印

那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金支給申請書

那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金支給要綱第5条の規定により下記のとおり申請します。

記

1　支給申請額 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 円

2　支給対象施設

施設区分※	医療機関名
1　病院 2　診療所(医科、歯科) 3　薬局	

※該当する施設区分について1～3の番号から該当する物に○をつけてください。
2　診療所は(医科、歯科)のいずれかに○をつけてください

上記の記載内容に相違がないこと及び那賀町長からの求めがあった場合には記載内容を証明する資料を提出することを誓約します。

令和　　年　月　日　　事業者名
代表者名

様式第４号(第７条関係)

令和　　年　　月　　日

那賀町長　様

所　在　地
医療機関名
代表者名　　印

那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金請求書

那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金支給要綱第７条の規定に基づき、那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金を下記のとおり請求します。

記

１．請求金額　　金　　円

２．　給付金振込先口座

金融機関名	銀行　信金　信組 農協　信連　漁協		
支　店　名	支店　支所		
預金口座種類	普通　当座　その他	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※那賀町医療機関物価高騰対策支援事業給付金支給決定通知書の写しを添付すること