

令和7年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金  
交付申請書兼実績報告書

薬局以外

福島県知事様

下記のとおり、標記支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

※ 施設等の開設者が 「法人」の場合、記 入すること。	施設等の種別	<hr/>	
	法人の所在地	〒 —	
	法人名	<hr/>	
	法人の代表者氏名	<hr/>	
	施設等の所在地	<hr/>	
	施設等の名称	<hr/>	
	施設等の代表者氏名	<hr/>	
	本件責任者氏名	<hr/>	
	本件担当者氏名	<hr/>	
	電話番号	<hr/>	
	メールアドレス	<hr/>	
		記	

**申請金額 金 円**

## 1 積算

対象施設種別	該当する種別に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。	・精神科病床は、令和7年4月から12月の精神科病院月報における「最大稼働病床数（月末患者数のうち最大の患者数）」 ・精神科病床以外は、令和7年度の病床機能報告における「最大使用病床数」 ※ 新型インフルエンザ等対策特別措置法の規定により届け出た病床（医療法の規定に基づく許可病床以外の増床分）の使用病床数を含む。 ※ 使用していない病床は支援対象外 ※ 病院・診療所（有床）のみ記入		補助金の額
		床	報告済 <input type="checkbox"/>	
病院(許可病床数が300床以上)	<input type="checkbox"/>	床	報告済 <input type="checkbox"/>	
病院(許可病床数が299床以下)	<input type="checkbox"/>	床	報告済 <input type="checkbox"/>	
診療所（有床）	<input type="checkbox"/>	床	報告済 <input type="checkbox"/>	
診療所（無床）	<input type="checkbox"/>			
歯科診療所	<input type="checkbox"/>			
助産所	<input type="checkbox"/>			
歯科技工所	<input type="checkbox"/>			
施術所	<input type="checkbox"/>			

## 2 交付要件の確認

医療機関コード、登録記号番号等を記入してください。

医療機関コード等	<input type="text"/>							
----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

※ 番号の無い施設は「9999999999」を記入すること。

## 3 誓約事項

<input type="checkbox"/>	支援金に関する書類を整理し、支援金を交付した年度終了後5年間保管します。
<input type="checkbox"/>	この支援金と支援内容が重複する他の補助金等の交付を受けていません。
<input type="checkbox"/>	虚偽その他不正な手段により支援金の交付を受けません。

※ 誓約事項の全ての項目にチェックマークがついた場合にのみ支援金を交付します。

(次頁に続く)

4 振込口座

金融機関名（ゆうちょ以外） ゆうちょ銀行	支店・支所名
共 通	預金種別 普通 ・ 当座 ・その他 ( )
※ 振込口座は申請者本人の口座（法人の場合は当該法人又は施設の口座）に限る。	口座番号 (右詰めで記入)
	フリガナ
	口座名義

※ 上記の太線内を記入してください。

5 添付書類

全施設共通	<input type="checkbox"/>	振込口座の通帳等の写し（口座番号、口座名義等が確認できるもの）
助産所の場合	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金請求のための助産所コード通知の写し 又は 市町村から委託を受けて産後ケア事業、産婦健診、妊婦健診等を実施していることが分かるもの
施術所の場合	<input type="checkbox"/>	登録記号番号が確認できるもの 又は 保険施術を行っていることが確認できるもの

※ 添付書類を確認のうえ、チェックマークを付けてください。

令和7年度福島県医療施設等物価高騰対策支援金  
交付申請書兼実績報告書

薬局用

福島県知事様

下記のとおり、標記支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日

施設等の種別	薬局
開設者住所 (法人の場合、主たる事務所の所在地)	〒 -
開設者氏名 (法人の場合、法人名称)	
開設者(法人)代表者の職氏名 (法人の場合のみ記載)	
本件責任者氏名	
本件担当者氏名	
電話番号	
メールアドレス	

記

**申請金額 金 円**

## 1 積算

対象施設種別	申請施設件数	補助金の額
薬局	件	

## 2 誓約事項

<input type="checkbox"/>	支援金に関する書類を整理し、支援金を交付した年度終了後5年間保管します。
<input type="checkbox"/>	この支援金と支援内容が重複する他の補助金等の交付を受けていません。
<input type="checkbox"/>	虚偽その他不正な手段により支援金の交付を受けません。

※ 誓約事項の全ての項目にチェックマークがついた場合にのみ支援金を交付します。

## 3 振込口座

金融機関名 (ゆうちょ以外)  ゆうちょ銀行	支店・支所名	
	店 番	
共 通	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )
※ 振込口座は申請者本人の 口座 (法人の場合は当該法 人又は施設の口座) に限 る。	口座番号 (右詰めで記入)	
	フリガナ	
	口座名義	

※ 上記の太線内を記入してください。

## 4 添付書類

※ 添付書類を確認の うえ、チェックマー クを付けてください。	<input type="checkbox"/>	振込口座の通帳等の写し (口座番号、口座名義等が確認できるもの)
	<input type="checkbox"/>	保険薬局指定通知書の写し (申請施設全て)
	<input type="checkbox"/>	様式第1－2号別紙

番号	医療機関コード	施設名称	施設所在地	医療機関区分	補助金額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					