

大阪府知事様

申請者住所 **大阪府〇〇市〇〇町2丁目5番8号**

申請者名 **株式会社〇〇**

代表者名 **代表取締役社長 〇〇 〇〇**

大阪府医療機関等物価高騰対策一時支援金支給申請書

標記について、以下のとおり申請します。

<p>1 支給対象施設区分</p> <p>※該当する施設区分を選択☑してください。</p> <p><b>複数の施術管理者がいる場合は、どなたか1名の番号を記入してください。助産所や歯科技工所などコードをお持ちでない場合は、空欄で結構です。</b></p>	<input type="checkbox"/> 病院	許可病床数	床	
	<input type="checkbox"/> 医科診療所	許可病床数	床	
	<input type="checkbox"/> 歯科診療所	許可病床数	床	
	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 助産所		
	<input checked="" type="checkbox"/> 施術所	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
	<input type="checkbox"/> 歯科技工所			
2 保険機関等コード	<b>契2701234-0-1</b>			
3 施設名称	<b>〇〇接骨院</b>			
4 施設所在地	<b>大阪府〇〇市〇〇町5丁目6番7号</b>			
5 支給申請額	<b>金30,000円</b>			
担当者氏名	<b>◇◇ ◇◇</b>	日中連絡がとれる連絡先(電話番号)	<b>072-567-1234</b>	

【振込口座に関する情報等】 ※以下の質問について、はい・いいえのどちらかに○してください。

○物価高騰対策一時支援金(令和4年度実施分)は受給(申請)していません。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

○物価高騰対策一時支援金(令和4年度実施分)と振込口座を変更します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------

※振込口座情報を記入し、振込口座情報が確認できる書類を添付してください。

金融機関名	<b>●●銀行</b>	金融機関コード(4桁)	<b>● ● ● ●</b>
支店名	<b>◆◆支店</b>	支店コード(3桁)	<b>◆ ◆ ◆</b>
口座種別(1:普通 2:当座)	<b>1</b>	口座番号(※右詰で記入)	<b>0 0 9 8 7 6 5</b>
口座名義(※カタカナで記入)	<b>カシカクシカク</b>		

大阪府知事様

申請者住所 大阪府〇〇市〇〇町1丁目3番5号

申請者名 〇〇医院

代表者名 院長 〇〇 〇〇

大阪府医療機関等物価高騰対策一時支援金支給申請書

標記について、以下のとおり申請します。

1 支給対象施設区分 ※該当する施設区分を選択☑してください。 <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <b>保険医療機関、保険薬局の方は、7桁の医療機関番号を記入してください。</b>  <b>訪問看護ステーションの方は、7桁のステーションコードを記入してください。</b> </div>	<input type="checkbox"/> 病院	許可病床数	床	
	<input checked="" type="checkbox"/> 医科診療所	許可病床数	床	
	<input type="checkbox"/> 歯科診療所	許可病床数	床	
	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 助産所		
	<input type="checkbox"/> 施術所	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション		
	<input type="checkbox"/> 歯科技工所			
2 保険機関等コード	<b>12-34567</b>			
3 施設名称	<b>〇〇医院</b>			
4 施設所在地	<b>大阪府〇〇市〇〇町1丁目2番3号</b>			
5 支給申請額	<b>金30,000円</b>			
担当者氏名	◇◇ ◇◇	日中連絡がとれる連絡先(電話番号)	<b>06-1234-5678</b>	

【振込口座に関する情報等】 ※以下の質問について、はい・いいえのどちらかに○してください。

〇物価高騰対策一時支援金(令和4年度実施分)は受給(申請)していません。	はい	(いいえ)
--------------------------------------	----	-------

〇物価高騰対策一時支援金(令和4年度実施分)と振込口座を変更します。	はい	(いいえ)
------------------------------------	----	-------

※振込口座情報を記入し、振込口座情報が確認できる書類を添付してください。

金融機関名	金融機関コード		
支店名	<div style="border: 1px solid blue; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <b>一時支援金(令和4年度実施分)を受給した際と同じ口座への振り込みを希望する場合は、振込口座情報欄の記入は不要です。</b>  <b>※いずれの質問も『いいえ』に○してください。</b> </div>		
口座種別(1)			
口座名義(※カタカナで記入)			

(様式第2号)

**記載例**  
**誓約書・同意書**

大阪府知事 様

私（当団体）は、大阪府医療機関等物価高騰対策一時支援金の支給を申請するにあたり、下記の内容について誓約・同意いたします。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかに○してください。

誓約・同意事項			
1	申請要件を全て満たしています。また、申請書に記載した事項については事実と相違ありません。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
2	本一時支援金申請後も引き続き運営を継続する意思があります。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
3	申請内容に虚偽や不正等が判明した場合は、一時支援金全額の返還と違約金及び返還に要する費用の支払いに応じます。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
4	大阪府から事業者の活動状況に関する調査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。また、申請内容に疑義があった場合に、大阪府が事業者の関係者に対して本申請の内容について調査することに同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
5	申請内容に関する振込口座の記入間違い等、軽微な誤りについては、大阪府が補正することに同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
6	申請内容の不備が、大阪府が指定する期限までに解消しなかった場合は、大阪府が当該申請は取り下げられたものとみなすことについて同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
7	他の重複受給不可の支援金等の支給対象ではないこと又は受給していないことを確認するため、一時支援金の申請情報を他の支援金等の申請情報と照合することに同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
8	支給又は不支給に関する情報並びに申請書類に記載した情報について、税務情報として使用することがあるほか、国・市町村等他の行政機関から求めがあった場合は、税務情報として提供することについて同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
9	支給又は不支給に関する情報並びに申請書類に記載した情報について、大阪府の他の支援金等の事業（支援金、協力金その他申請者の事業継続に資するものに限る。）における審査・支給等の事務のために使用することがあるほか、国・市町村等他の行政機関から求めがあった場合にも、当該行政機関の実施する同趣旨の支援金等における審査・支給等の事務のために提供することについて同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
10	申請書類に記載された情報を、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、大阪府警察本部に提供することに同意します。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
11	代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が、大阪府暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員、同条第3号に規定する暴力団員等及び同条第4号に規定する暴力団密接関係者には、該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員、暴力団員等及び暴力団密接関係者が経営に事実上参画していません。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ

令和 5 年 8 月 21 日

申請者住所 **大阪府〇〇市〇〇町1丁目3番5号**

申請者名 **〇〇医院**

代表者名 **院長 〇〇 〇〇**