

(様式第1号)

福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書

令和 6 年 〇 月 〇 日

山梨県知事 殿

(申請者)

郵便番号 〒 400-8501

所在地 山梨県甲府市丸の内〇〇

名称 株式会社 山梨〇〇

代表者の役職・氏名 代表取締役 山梨 太郎

福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請額 : 金 53,000 円

申請区分の該当1つに丸を付してください。

2 申請区分

申請する業種区分を「〇印」を記載してください。(いずれか1つを選択)

※複数の業種区分の施設等を運営している場合は、区分ごとに分けて申請をお願いします。

<input type="checkbox"/>	福祉施設等(介護)	<input type="checkbox"/>	福祉施設等(障害)	<input type="checkbox"/>	福祉施設等(救護)
<input type="checkbox"/>	医療機関等(病院、有床診療所、医科診療所(無床)、歯科診療所)				
<input checked="" type="checkbox"/>	医療機関等(薬局)	<input type="checkbox"/>	医療機関等(助産所、施術所、歯科技工所)		

3 振込口座情報

金融機関名	〇〇〇銀行	金融機関コード	〇〇〇
支店名	〇〇支店	支店コード	〇〇〇
預金種目	普通 当座	口座番号	〇〇〇
フリガナ	カ)ヤマナシ〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク ヤマナシ タロウ		
口座名義	株式会社 山梨〇〇 代表取締役 山梨 太郎		

※申請者(代表者)と同一名義の口座(法人名又は個人名)を指定すること。

【申請内容に関する連絡先】

申請者所属先所在地	〒 400-8501 山梨県甲府市丸の内〇〇	
所属名	株式会社 山梨〇〇	
担当者 (役職・氏名)	事務長 山梨 次郎	
連絡先	電話番号	〇〇〇
	FAX番号	〇〇〇
	E-mail	〇〇〇

4 誓約事項

次のとおり相違ないことを確認の上、各項目の確認欄へ「○印」を記載してください。
全ての項目に○を入れないと申請できません。

No	誓約事項	確認
1	本支援金の支給対象者の要件を満たしています。	○
2	本支援金の申請にあたり、山梨県（支援金事務局）に提出した本支援金の関係書類、及び通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽はありません。	○
3	基準日において事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思があります。	○
4	暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していません。 かつ、将来にわたっても本項に該当しません。 ※ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。	○
5	山梨県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。	○
6	以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じます。 ① 虚偽の申請が判明した場合 ② 誤った申請と給付がされていた事が判明した場合 ③ 誓約事項が順守されなかった場合	○

(添付書類)

1 (様式第1号の1) 支援金申請額内訳書

2 振込先金融機関の口座が確認できる、通帳の写し等

(金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、カタカナ口座名義人等が記載されていること)

※その他、必要な場合は県から書類の提出を求める場合があります。

全ての誓約事項を確認し、
丸を付してください。