

(様式第1号)

令和8年(2026年) 月 日

(宛先)

滋 賀 県 知 事

申請者(開設者)住所

(法人にあっては主たる
事務所の所在地)

申請者(開設者)氏名

(法人にあっては名称および
代表者の役職・氏名)

指定管理を受けている場合は、指定管理者名

施設住所

施設名称

保険機関番号・登録記号番号・助産所コード

医療機関等物価高騰対策支援金申請書兼請求書

医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第4条の規定により、支援金の支給を受けたいので、下記のとおり申請(請求)します。

1 申請(請求)額

金 円

2 添付書類

(1) 申請額積算書(様式第2号-1)

(2) 口座振込依頼書(様式第2号-2)

発行責任者氏名	
担当者	
連絡先(電話番号)	
メールアドレス	

(様式第2号－1) 基準額積算書

			該当有無	許可病床数/ 該当病床数	申請額	※県使用欄
病院	30,000円×許可病床数				0	
有床診療所	30,000円×許可病床数	3～19床の有床診療所			0	
		2床以下の有床診療所			0	
無床診療所(歯科診療所含む)					0	
助産所					0	
施術所					0	
歯科技工所					0	
薬局					0	

支給額

(円)

【申請者確認欄】

(1)		医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第2条2項には該当しない
(2)		医療機関番号・登録記号番号・助産所コードを記載している(様式1)
(3)		(2)がない場合に保険診療を実施していることを証明できる書類(請求明細書等)があり、県からの要望に応じて提出することができる。(申請時は提出不要)

口座振込依頼書

令和8年(2026年) 月 日

(あて先)
滋賀県知事

〒

住 所

電話番号

申請者(開設者)名
(法人にあっては名称および
代表者の役職・氏名)

指定管理を受けている場合
は指定管理者名

受領する支援金については、下記の口座に振り込んでください。

金融機関名		銀行・信用金庫	支店名		本店・支店 本所・支所・出張所
金融機関コード		信用組合・農協	支店コード		
預金の種類	1. 普 通 (総合口座) 2. 当 座 ※どちらか一方に○印をお願いします。				
口 座 番 号					番号は右づめでご記入ください。
口 座 名 義	フリガナ				預金通帳に記載されているとおりにご記入 ください。 30文字まで登録できます。

※口座は、申請(開設)者または指定管理者と同一名義に限ります。(個人の場合は開設者名)

※下記に通帳見開き等、写しを貼付してください。

(必ず、通帳見開き等、口座番号および口座名義(カナ)が印字されている面)