

枕崎市長 殿

支給対象機関申出書

下記のとおり、枕崎市医療機関等物価高騰対策支援事業実施要綱第2条に規定する支給対象機関を運営していることを申し出ます。

記

1 申出者情報

医療機関等名	
申出者名 (法人にあつては名称及び代表者名)	
医療機関等所在地	〒 住所
担当者 (所属・職氏名)	
(担当者メールアドレス)	
申し出る 医療機関等区分	

2 確認事項

○以下の要件を満たしていることを確認し、○を記入すること。

枕崎市医療機関等物価高騰対策支援事業実施要綱第2条第1項に該当する
支給対象機関であり、同条第2項には該当しません。

☐

○以下の書類が添付されていることを確認し、○を記入すること。

令和6年4月審査分から令和7年3月審査分までのうちいずれか1月分の診療
報酬支払通知の写し(歯科技工所は、令和6年4月から令和7年3月までの間
に、診療報酬等の支払対象となる歯科技工物を歯科診療所に納品したことが
分かるものの写し)

☐

○病床数(病院・有床診療所のみ)

令和7年4月1日時点で九州厚生局に届け出ている病床数を記
入

病床数

☐

床

3 振込口座情報

※必ず申出者名義の口座を指定し、振込口座が確認できる書類の写しを
添付してください。

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協 漁協	支店名	
金融機関コード		支店コード	
口座種別	☐ 普通 ☐ 当座		
口座名義人 (カタカナで記載)			