

四日市市物価高騰対策緊急支援金（医療機関・薬局等）交付申請書

入力例

黄色のセルのみ入力して下さい

令和 8 年 5 月 11 日

四日市市長 あて

申請者 (開設者)	フリガナ	イリョウホウジン ヨッカイチクリニック				
	申請者（開設者）の 名称	医療法人 四日市クリニック				
	申請者（開設者）の 所在地	(郵便番号	510	—	8601)
		三重県四日市市諏訪町1番5号				
代表者	職名	理事長		氏名	四日市太郎	

【法人開設の場合】

- 名称 法人の名称
- 所在地 法人の主たる事務所の所在地
- 代表者 法人の代表者の職(理事長等)、氏名

【個人開設の場合】

- 名称 診療所名、施設名等
- 所在地 診療所の所在地
- 代表者 代表者(開設者)の職(院長等)、氏名

施設	フリガナ	ヨッカイチクリニック				
	施設の名称	四日市クリニック				
	施設の所在地	(郵便番号	510	—	8601)
		三重県四日市市諏訪町1番5号				
	フリガナ	ヨッカイチ タロウ				
	管理者の氏名	四日市 太郎				

申請の担当者	職名	事務員		氏名	四日市 花子
	電話番号	059-354-8281	E-mail	hokenkikaku@city.yokkaichi.mie.jp	

【申請に関する誓約事項】

- (1) 本申請書の記載内容に虚偽がないことを誓約します。
虚偽の事実が判明した場合は、支援金の一部又は全額を返還します。
- (2) 【病院、診療所、薬局】 保険医療機関、保険薬局であり、令和7年4月1日から12月31日の期間に、診療報酬の請求の実績を有します。
- (3) 【助産所】 助産所開設届が受理されたうえで、令和7年4月1日から12月31日の期間に、助産の実績を有します。
- (4) ガソリン代相当分の請求に際しては、令和7年4月1日から12月31日の期間に、関係する診療報酬の請求の実績を有します。
- (5) 本支援金等に関する報告や調査について、市から求められた場合には、これに応じます。

【裏面もご記入ください】

申請額（申請内容）

黄色のセルのみ入力して下さい

病院（※1）	許可病床数（※5）	10	床
支援対象経費	該当する区分に○をしてください	申請額	
1 電気・ガス代相当分（※3）	○	174,000	円
2 ガソリン代相当分（※4）		0	円
計		174,000	円

有床診療	許可病床数（※5）		床
	該当する区分に○をしてください	申請額	
1 電気		0	円
2 ガソ		0	円
		0	円

【オンライン申請の場合】
 ・黄色のセルを入力後、自動で申請額が表示されます。
 【郵送申請の場合】
 ・お手数ですが、申請額をご記入ください

無床診療所（医科・歯科）（※1）

支援対象経費	該当する区分に○をしてください	申請額	
1 電気・ガス代相当分（※3）		0	円
2 ガソリン代相当分（※4）		0	円
計		0	円

助産所（※2）

支援対象経費	該当する区分に○をしてください	申請額	
1 電気・ガス代相当分（※3）		0	円
2 ガソリン代相当分（※4）	—	—	円
計		0	円

薬局（※1）

支援対象経費	該当する区分に○をしてください	申請額	
1 電気・ガス代相当分（※3）		0	円
2 ガソリン代相当分（※4）		0	円
計		0	円

注意事項

- （※1）申請日において、保険医療機関、保険薬局の指定を受けている施設が申請可能。
（公立病院及び公立診療所は除く）
- （※2）申請日において、開設届が受理されている施設が申請可能。
- （※3）「電気・ガス代相当分」は、申請するすべての施設に該当。
- （※4）「ガソリン代相当分」は、申請時点で、東海北陸厚生局へ受理記号「精在宅援」「支援病」「支援診」「在医総管」「歯援診」または「在薬総」のいずれかの届出が受理されており、令和7年4月1日～12月31日の期間に、これらに係る診療報酬の請求実績がある施設のみ該当。
（事業所で車両の燃料費を負担している場合に限る）
- （※5）使用許可病床数は、申請日における使用許可病床数である。