

様式第1号(第4条、第5条関係)

区分：医療

年 月 日

湖南省長 宛

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(法人にあつては
名称及び代表者の氏名)

令和7年度湖南省医療・福祉施設等エネルギー価格・
物価高騰対策支援金支給申請書兼請求書

令和7年度湖南省医療・福祉施設等エネルギー価格・物価高騰対策支援金支給要綱第4
条の規定に基づき、以下のとおり申請します。

支給申請額（請求額）	円
------------	---

支援金は、以下の振込先情報に記載の口座に振り込んでください。

振込先情報	金融機関コード									
	支店番号									
	金融機関名									
	店 名									
	預金種類		1. 普通 2. 当座（数字に丸をつけてください。）							
	口座番号									
	カナ									
	口座名義人									

1. 医療施設等に係るエネルギー価格・物価高騰支援

通 番	事 業 所 名	サ ー ビ ス 種 別	車 両 番 号	申 請 額
(例)	コナン医院	医療施設	滋賀 580 あ 1234	20,000 円
(例)	コナン医院	医療施設	滋賀 581 い 1234	20,000 円
(例)	コナン診療所	診療所	滋賀 500 う 1234	20,000 円
1				円
2				円
3				円
4				円
5				円
6				円
7				円
8				円
9				円
10				円

【申立事項】 次のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。全ての項目がチェックされないと交付申請できません。

申請する医療施設等については、令和7年4月1日現在において当該施設を設置し、当該施設において医療サービスの提供を行っています。

申請する車両は、事業者等が燃料費を負担し、利用者の輸送・送迎、職員等による利用者の居宅への訪問等の医療サービスの提供に使用しています。

この支援金における他の施設区分において、同一車両の申請を行っていません。

この支援金における収入及び支出等に係る証拠書類を5年間適切に整備し保管します。

サービス種別・申請台数・申請金額等の申請内容に相違ありません。