

記載例

別記様式第1号

申請年月日を記載してください。

令和2年 〇月 〇日

山形県知事 殿

申請者欄に必要事項を記載し、代表者印を押印してください。

所在地 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇

医療機関名 〇〇医院

代表者職氏名 院長 〇〇 〇〇

印

令和2年度山形県地域診療体制支援金交付申請書

標記について、次により支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額 金 300,000円

病院は500,000円、診療所は300,000円（※定額）

1 対象者

	一般外来診療の受付 (週1日以上)	保険医療機関
令和2年6月30日時点	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・無
申請日現在	<input checked="" type="radio"/> 有・無	<input checked="" type="radio"/> 有・無

上記の4つの欄のうち1つでも「無」に該当する場合は支援金の対象になりません。

2 振込先口座

金融機関名	<input checked="" type="radio"/> 〇〇〇〇 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="border-left: 1px dashed black; border-right: 1px dashed black; padding: 0 5px;"> <input checked="" type="radio"/>銀行 <input type="radio"/>信用金庫 <input type="radio"/>農協 </td> <td style="padding: 0 5px;"> <input checked="" type="radio"/>本店 <input checked="" type="radio"/>支店 <input type="radio"/>本所 <input type="radio"/>支所 <input type="radio"/>出張所 </td> </tr> </table>	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所
<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 農協	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所		
口座の種類	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 2. 当座 (指定の番号を○で囲んでください。)		
口座番号	<input type="radio"/> 〇〇〇〇〇〇〇〇		
口座名義人 (カタカナで記入)	<input type="radio"/> 〇〇〇〇〇〇〇〇 <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;">※カタカナで記載してください。</div>		

※上記振込先口座の内容が確認できる書類(通帳の写し)を添付してください。

※振込先口座は、申請者となる医療機関又は代表者名義の口座とします。

振込先金融機関名、本支店名、口座番号、名義人を確認できる通帳のページ(写し)を漏れなく添付してください。