

(様式第1号)

記入不要	受付番号							R7.1
------	------	--	--	--	--	--	--	------

<<記載例>>

令和6年度富山県光熱費等高騰対策緊急支援事業費補助金(医療分)
交付申請書及び実績報告書

提出日: 令和7年1月10日

富山県知事 殿

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

3. (1) (2) の合計 (自動計算)	申請額: 0 円
-----------------------	---

1. 申請者情報

施設種別 (該当するものに○をつけてください)	病院 / 有床診療所(医科・歯科) / 無床診療所(医科) / 無床診療所(歯科) / 薬局 / 施術所(柔道整復、あん摩・はり・きゅう) / 助産所 / 歯科技工所		
法人名 (無い場合は記入不要)			
施設(医療機関等)名	〇〇医院		
役職・代表者名	院長 〇〇 〇〇		
施設(医療機関等)所在地	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	
	住所	富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
担当者 (所属・職氏名)	事務 〇〇 〇〇	電話番号	076-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	xxxxxxx@aaaa.jp		

申請は法人単位ではなく、施設(医療機関等)単位

2. 振込口座情報

金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店					
金融機関コード(4桁)	1	2	3	4	支店コード(3桁)	5	6	7			
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)			1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 ※カタカナで記載	〇〇イイン 〇〇 〇〇										

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可)
 ※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。ただし、令和4年度の「医療機関等に対する光熱費等高騰対策緊急支援金」及び令和5年度の「富山県光熱費等高騰対策緊急支援金(医療分)」において申請実績がある医療機関等であって、その際に提出した内容から変更がない場合は提出不要です。 **写しの提出が不要であり、必ず口座情報の記入はしてください。**

3. 交付対象事業・交付要件・申請額

(1) 光熱費

① 交付要件

<ul style="list-style-type: none"> ・本施設は、令和6年4月1日時点において、富山県内に所在し、申請日時点において稼働している施設です。 ・本施設は公立ではありません。 ・本施設は、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の3に基づき、出張のみの届出を行っている施術所ではありません。 	左記に相違ない場合 <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <input type="checkbox"/>
--	---

② 申請額

病床の有無	(有の場合) 病床数	申請額
無		

光熱費
 ○病院、有床診 15,000円/床 (下限30,000円)
 ○その他施設 30,000円/施設

※病床数は、令和6年4月1日時点の許可病床から、令和5年4月1日以降一度も入院患者を収容しなかった病床を除いた数を記入してください。

(2)車両燃料費

①交付要件

<ul style="list-style-type: none"> ・本施設は、令和6年4月1日時点において、富山県内に所在し、稼働している施設です。 ・本施設は公立ではありません。 ・本施設は、車両燃料費高騰の影響を受けています。 ・R5.10～R6.3までの期間において、下記ア～エのいずれかの区分に係る事業実績があり、R6.4.1時点で各区分の用務に使用する車両の燃料費を全額負担しています。(患者から送迎費用や訪問に係る交通費を徴収していません。) 		左記に相違ない場合✓を記入 <input type="checkbox"/>
▽申請する区分に応じて☑を入れてください。		
ア 人工透析患者通院送迎区分	<ul style="list-style-type: none"> ・東海北陸厚生局への受理記号「人工腎臓」の届出を行っており、人工透析患者の通院のための送迎サービスを日常的に行っています。(一般患者と透析患者を区別せずに送迎を行っている場合も含む。) 	<input type="checkbox"/>
イ 訪問診療区分	<ul style="list-style-type: none"> ・東海北陸厚生局への受理記号「精在宅援」、「支援病」、「支援診」又は「在医総管」のいずれかの届出を行っています。 ・医師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。 	<input type="checkbox"/>
ウ 訪問歯科診療区分	<ul style="list-style-type: none"> ・東海北陸厚生局への受理記号「歯援診」の届出を行っています。 ・歯科医師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。 	<input type="checkbox"/>
エ 訪問薬剤師管理指導区分	<ul style="list-style-type: none"> ・東海北陸厚生局への受理記号「在薬」の届出を行っている保険薬局です。 ・薬剤師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。 	<input type="checkbox"/>

②申請額

申請区分	(申請区分イ・ウの場合) 医師・歯科医師常勤換算人数	車両台数※	申請額
ア 人工透析患者通院送迎区分			0
イ 訪問診療区分			0
ウ 訪問歯科診療区分			0
エ 訪問薬剤師管理指導区分			0

※区分イ・ウの場合、医師又は歯科医師1人当たり1台までを上限。(常勤換算した場合の人数。小数点以下切上げ)
※区分エの場合、1施設当たり1台までを上限。

4. 誓約

ア：15,000円/台
イ、ウ、エ：2,800円/台

- (1) 交付対象施設の要件を満たしています。
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4) 富山県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じるとともに、補助金と同額の違約金の支払いに応じます。

<p>私は、医療機関等に対する光熱費等高騰対策緊急支援事業費補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。 なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 <u>富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地</u></p> <p>施設(医療機関等)名 <u>〇〇医院</u></p> <p>代表者職氏名 <u>院長 〇〇 〇〇</u></p>	<p>誓約する場合、以下に✓を記入</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></p>
--	--

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。