

京都府知事 西脇 隆俊 様

記入例

申請書を提出する年月日を和暦で、数字は半角で記入

申請者に関する情報	フリガナ	リョウケン シン オウカイ			
	法人名	医療法人 〇〇会			
	代表者役職 (理事長等)	理事長			
	フリガナ	キョト タロウ			
	代表者氏名	京都 太郎			
	フリガナ	キョト タロウ			
	氏名	京都 太郎			
	法人所在地 又は 事業主住所 ※番地や建物名まで記載してください。	〒	123-4567	都道府県名	京都府
	担当者氏名	京都 二郎 (キョウジ タロウ)	フリガナも記入	担当者電話番号 (内線等)	123-456-7899
	連絡先メールアドレス	xxx@yyy			

・法人名記入 (略称不可)
・代表役職 (正式名称)
・法人代表氏名の記入

個人の場合はこちらのみ記入

プルダウン選択
手書きの場合は該当に○

届出している住所を記入

半角入力ハイフンあり
問合せの際につながる
番号を記入

【誓約事項】

下記について、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ていないと申請できません。

- 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- 業種に係る営業等に必要の許可等を全て有しています。
- 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

全ての項目がチェックされていないと申請不可

申請内容

A 光熱費支援事業

※③の病床数については、病院・診療所 (有床: 6床以上)は**稼働**病床数を記載すること。

①施設名 医療機関コード 施設名 (正式名称) 入力	②分類 プルダウン選択	③病床数	④単価	歯科診療所加算		⑥申請額 (③×④)+⑤
				(1)障害者手帳所持の患者の診察した場合 又は (2)重度な障がい者を診察し、特別対応加算請求をした場合	⑤歯科診療所への加算額	
1 施設名 (正式名称) 入力 半角入力	プルダウン選択	稼働病床数を記入ください	自動計算	プルダウン選択	自動計算	円
2						円
光熱費小計 (a)		自動計算	円			

手書き時は公的・公立に注意

B 食材費支援事業

※③の病床数については、病院・診療所 (有床: 6床以上)は**許可**病床数を記載すること。

①施設名 医療機関コード 施設名 (正式名称) 入力	②分類 プルダウン選択	③病床数	④単価	⑤申請額 (③×④)
1 施設名 (正式名称) 入力 半角入力	プルダウン選択	許可病床数を記入ください	自動計算	自動計算
2				
食材費小計 (b)		自動計算	円	

歯科診療を行っていない場合は記入不要
歯科診療をおこなっている場合は、プルダウンから選択

※Aは令和5年12月1日、Bは令和5年10月1日時点の情報を記載してください。

※法人等が一括して複数施設を申請することができます。
(施設ごとに申請することも可能ですが、申請は法人名等で申請ください。)
※行が足りない場合は、適宜追加してください。

申請額合計 (a+b)	自動計算	円
-------------	------	---

【添付資料】

- ・ (別紙) 口座振替依頼書
- ・ 振込先口座の通帳の写し (表紙裏の口座名義がカタカナで記載されているページ及び表の口座名義が記載されているページ)

【申立事項】

下記の通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申請できません。

- 申請する事業所については、事業の対象期間において、継続して当該施設を設置し、診療等の提供を行っています。
- 本交付金における業種区分において、他の業種区分と重複の申請を行っていません。
- 上記申請内容に相違ありません。

全ての項目がチェックされていないと申請不可