

川崎市長

令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金に係る交付申請書

令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて交付を申請します。なお、交付を受けるにあたっては、令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱を遵守します。

（添付書類）

その他市長が必要と認める書類（ ）

※交付決定・不交付決定通知書は、申請された所在地（住所）、申請者様宛に送付されます。

申請者種別 ※番号のみ記載してください		1, 法人 2, 個人
法人の名称 ※法人のみ記載		
申請者の職名・氏名	(職名)	(氏名)
申請者の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 —	
施設区分		1, 病院（特別高圧受電）※1 3, 診療所（有床3床以上） 2, 病院（特別高圧受電を除く） 4, 診療所（有床2床以下）
施設名称		
施設所在地	〒 —	

※1 高圧電力とは契約電力が2,000kw以上、かつ供給電圧が20,000V（20kV）以上であることを指します。

使用許可病床数 ※2	床	交付申請額	円
------------	---	-------	---

※2 令和7年12月31日時点における医療法第27条に基づく使用許可病床数とします。
ただし、令和7年10月1日から12月31日の間において、一度も稼働していない病床は除きます。

本支援金に係る連絡先	担当者名	
	電話番号	
	メールアドレス	
誓約・同意	<input type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 （誓約・同意事項を御確認のうえ、チェック☑をしてください。）	

【誓約・同意事項】

- 本申請書に記載した医療機関（以下「申請施設等」という。）は、令和7年12月31日まで運営を継続していました。
- 本支援金を重複して申請していません。
- 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、交付要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記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。
- 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

【記入例】

令和 年 月 日

川崎市長

原則、申請者は、口座振替払請求書の請求者・受取人と同一の方としてください
(異なる場合は、委任状の提出が必要となります。申請書や口座振替払請求書の
記載方法が本例と異なりますので、地域医療課までお問合せください)

令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金に係る交付申請書

令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて交付を申請します。なお、交付を受けるにあたっては、令和7年度第2回川崎市医療機関物価高騰対策支援金交付要綱を遵守します。

口座振替払請求書の添付を確認の上、チェックをお願いします

↓(添付書類)

その他市長が必要と認める書類 ()

・ 事前印刷された口座振替払請求書を使用される場合は、押印不要です
・ 白紙の口座振替払請求書を使用される場合、本申請書と請求書は、同一の印をご使用ください

原則、申請者は、口座振替払請求書の請求者・受取人と同一の方としてください
(異なる場合は、委任状の提出が必要となります。申請書や口座振替払請求書の
記載方法が本例と異なりますので、地域医療課までお問合せください)

申請者種別 ※番号のみ記載してください	1	1, 法人 2, 個人
法人の名称 ※法人のみ記載	〇〇法人〇〇会	
申請者の職名・氏名	(職名) 理事長 (氏名) 〇〇 〇〇	押印 (必要な場合のみ)
申請者の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 000-0000	川崎市〇〇区〇〇1丁目〇番地
施設区分	2	1, 病院 (特別高圧受電) ※1 3, 診療所 (有床3床以上) 2, 病院 (特別高圧受電を除く) 4, 診療所 (有床2床以下)
施設名称	〇〇病院	
施設所在地	〒 000-0000	川崎市〇〇区〇〇1丁目〇番地

左記の病床数×1床あたり支援金額(※同封のチラシをご覧ください)により算出した額を記入してください(2床以下の有床診療所の場合は、施設あたりの金額)また、口座振替払請求書の請求額と一致することをご確認ください

使用許可病床数 ※2	〇〇 床	交付申請額	¥ 1, 2 3 4, 5 6 7 円
------------	------	-------	---------------------

令和7年9月30日時点における医療法第27条に基づく使用許可病床数とします
ただし、令和7年4月1日から9月30日の間において、一度も稼働していない病床は除きます

本支援金に係る連絡先	担当者名	〇〇 〇〇
	電話番号	000-000-0000 (直通) ← 直通番号がある場合は、当該番号をご記入ください
	メールアドレス	abc@ab.abc.co.jp
誓約・同意	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (誓約・同意事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)	

【誓約・同意事項】

- 本申請書に記載した医療機関 (以下「申請施設等」という。)は、令和7年12月31日まで運営を継続していました。
- 本支援金を重複して申請していません。
- 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、交付要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記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。
- 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。