

記入例

第1号様式(第5条関係)

東京都北区長 殿

令和 年 月 日

日付は記入不要です。

(申請者)

所在地

東京都北区●●△△△△△△△△△△
△△△

医療機関等名称

〇〇医院

代表者職氏名

院長 〇〇 〇〇

東京都北区医療機関物価高騰対策支援金支給申請書

東京都北区医療機関物価高騰対策支援金支給要綱第5条の規定により、下記のとおり、支援金について申請します。

記

1. 申請金額

100,000 円

2. 病床数

床

※病院は令和5年7月1日現在（休棟中病床を除く。）

※有床診療所・有床助産所は令和5年10月1日現在
（休棟中病床除く。）

※病院及び有床診療所・有床助産所の場合のみ、
ご記入ください。

※病院の場合は、申請金額には、影響額算定シートで算出した金額を記入してください。

※病院の場合は、別紙の影響額算定シートを作成の上、添付してください。

誓約事項（以下を確認の上☑してください。）

東京都北区医療機関物価高騰対策支援金支給要綱第2条に定める支給対象医療機関等である。

記入例

第4号様式(第6条関係)

令和 年 月 日

日付は記入不要です。

東京都北区長 殿

(申請者)

所在地

東京都北区●●△△△△△△△△
△△△△

代表者印（法人名のみ彫刻された社印は不可）を押印してください。

医療機関等名称

〇〇医院

代表者職氏名

院長 〇〇 〇〇

代表者印

東京都北区医療機関物価高騰対策支援金請求書

令和 年 月 日付で支給決定通知のあった東京都北区医療機関物価高騰対策支援金について、下記のとおり請求します。

記

1. 請求金額

100,000 円

振込先金融機関		みずほ 銀行		王子 店				
振込口座	預金種目	普通						
	口座番号 (右詰め)	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	イ)マルマルビョウイン						
	氏名	医療法人社団〇〇診療所						