

令和7年度人吉市医療機関等支援給付金（物価等高騰対策）交付申請書兼請求書

人吉市長

様

記入例

日：令和 年 月 日

人吉市医療機関等支援給付金(物価等)なので、人吉市医療機関等支援給付金(物価等高騰対策)交付事業実施要項第5条の規定により、次のとおり申請(請求)します。

申請者 〒 868 - 0072

住所：人吉市西間下町〇〇番地

フリガナ：イリョウホウジンシカクシカクカイ

開設者(法人)名 医療法人〇〇会

フリガナ：リジチョウ ヒトヨシ タロウ

代表者名：理事長 人吉 太郎

役職名を記入

法人印

印

1. 交付対象医療機関等

※医療機関等が2以上ある場合は、交付対象医療機関等一覧表に医療機関等を記載してください。

住所	(〒 868 -0072) 人吉市西間下町▽▽番地	対象事業所の住所、名称、担当者を記入(医療機関名、薬局名、歯科診療所名など) ※複数の場合は「交付対象医療機関等一覧表」に記載し提出
名称	霧野病院	
担当者氏名/連絡先	人吉一郎/0966-12-3456	該当区分の単価を記載する 例) ①病院(50床)： 18,000円×50床=900,000円 ②歯科診療所：60,000円

2. 給付金額

900,000 円

3. 交付要件の確認、給付金額の算出

※該当する区分に○を記入してください。

<input checked="" type="radio"/>	①病院、4床以上の診療所
<input type="radio"/>	②3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所
<input type="radio"/>	③助産所
<input type="radio"/>	④歯科技工所
<input type="radio"/>	⑤施術所(あはき)
<input type="radio"/>	⑥施術所(柔整)
<input type="radio"/>	⑦調剤薬局
<input type="radio"/>	⑧医薬品卸売業

給付単価

①	18,000円×病床数
②	60,000円
③	30,000円
④	30,000円
⑤	30,000円
⑥	30,000円
⑦	30,000円
⑧	120円×倉庫面積 7,000円×車両台数

給付単価表で単価を確認する

4. 保険医療機関等コードを記入してください。

4 3 1 6 5 4 3 2 1 0

※助産所、施術所は、管轄保健所へ開設届を行っていることが分かる書類を添付してください。

5. 令和8年3月31日時点の医療保険届出病床数を記入してください。

50 床

6. 裏面の誓約事項を確認し、全て該当する場合は○を記入してください。一つでも該当しない場合、給付金の申請(請求)はできません。

○

裏面へ続く

病床数：令和8年3月31日時点で九州厚生局に届けられている病床数

人吉市医療機関等支援給付金（物価等高騰対策）の請求及び口座振込依頼に関する一切の権限を保健センター所長に委任します。

## 7. 振込口座情報

必要書類を添付

※ 振込口座情報を記入してください（申請者名義のもの）。

※ 「申請者名(表面)」と「口座名義」が異なる場合は「委任状兼口座振替申出書」を提出してください。

※振込口座情報が確認できる書類のコピーを添付してください。

金融機関名	球磨川銀行		金融機関コード	9	8	7	6
支店名	人吉支店		支店コード	5	4	3	
預金種類	1	(1:普通 2:当座 4:貯蓄)					
口座番号(右詰め)	2	4	6	8	2	4	6
(フリガナ)	イリョウホウジン□□カイ リジチョウ ヒトヨシ タロウ						
口座名義	医療法人□□会 理事長 人吉 太郎						

申請者名義のもの

※異なる口座の場合は「委任状」提出

8. ⑧医薬品卸売業で申請される場合は、次の書類を添付してください。

1. (様式1-②) 申請医薬品卸一覧
2. (別紙1) 医薬品倉庫面積 確認資料
3. (別紙2) 申請車両一覧

「⑧医薬品卸売業」のみ提出書類

## (誓約事項)

誓約事項を確認

- 1 申請者は、人吉市医療機関等支援給付金（物価等高騰対策）交付事業実施要項第2条に規定する交付対象者の要件を満たしています。
- 2 申請者及び医療機関等の役員又は使用人は、人吉市暴力団排除条例（平成23年人吉市条例第17号）第2条第1号及び第2号に規定する暴力団密接関係者ではありません。
- 3 医療機関等は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間に運営実態があり、物価高騰の影響を受けて費用が増加しています。
- 4 申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された給付金の返還に応じます。

# 記入例

※人吉市記入欄

整理番号

## 委任状

私は、下記1の者を代理人と定め、下記2に規定する事項を委任します。

### 1 代理人

郵便番号 〒 868-0072  
住所 人吉市西間下町▽▽番地  
(商号等) キリノビヨウイン  
商号等 霧野病院  
職氏名 院長 人吉 二郎

委任状は、交付申請書兼請求書（様式1）の「申請者名」と「振込口座名義」が異なる場合のみ提出が必要です

#### 1代理人

下記「口座振込申出書の受任者名」と一致させてください。

### 2 委任事項

次の給付金の受領に関する一切の権限。  
令和7年度人吉市医療機関等支援給付金（物価等高騰対策）

委任者 〒 868 - 0072

住所： 人吉市西間下町〇〇番地

フリガナ： イリョウホウジンシカクシカクカイ

開設者（法人）名： 医療法人〇〇会

フリガナ： リジチョウ ヒトヨシ タロウ

代表者名： 理事長 人吉 太郎

#### 委任者

「交付申請書兼請求書（様式1）」の申請者名と一致させてください

㊞

## 口座振替申出書

本件委任に係る給付金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

### 記

### 1 口座振込先

金融機関名 球磨川 銀行 人吉 支店

種別・口座番号 普通 1111111

口座名義 霧野病院 院長 人吉 二郎

(口座名義) キリノビヨウイン インチョウ ヒトヨシ ジロウ

#### 口座振込先

「交付申請書兼請求書（様式1）」に記載した口座名義

### 受任者

郵便番号 〒868-0072

住所 人吉市西間下町▽▽番地

商号等 霧野病院

職氏名 院長 人吉 二郎

#### 受任者

「1代理人」に記載した名称と一致させてください

㊞

書類発行責任者氏名	人吉 保子	連絡先 (電話番号)	0966-12-3456
担当者氏名	人吉 健太	連絡先 (電話番号)	0966-12-3456