

申請医薬品卸一覧

※複数の医薬品卸を開設している場合は、支援金の交付対象となるすべての医薬品卸を記載してください。
※記載内容に誤りがある場合、交付ができない場合があります。
※光熱費①と燃料費②の申請内容が確認できる資料（別紙 1、2 参照）を添付してください。

開設者（法人）名	霧野医薬株式会社
代表者職氏名	社長 人吉 太郎
開設者電話番号	0966-12-3457
申請医薬品卸数	1

No.	医薬品卸業開設許可番号	光熱費① (医薬品倉庫面積1㎡当たり)		燃料費② (車両1台当たり)		営業所当たりの補助額 光熱費①+燃料費②	医薬品卸 営業所名	医薬品卸 営業所所在地（住所）		担当者	
		医薬品倉庫面積 (㎡)	1㎡当たり120円	申請車両数（台）	1台当たり7,000円			〒	住所	氏名	連絡先（電話）
1	第7777号	150	¥18,000	6	¥42,000	¥60,000	霧野医薬株式会社 人吉営業所	868 -0072	人吉市西間下町〇〇番地	人吉 一郎	0966-12-3456
2											
3											
4											
5											

医薬品倉庫面積150㎡
× 120円/㎡ = 18,000円

車両数6台 × 7,000円/台
= 42,000円

18,000円 + 42,000円
= 60,000円

記入例

補助額合計	¥60,000
-------	---------

(注)

- 「医薬品卸業開設許可番号」欄は、申請時点で有効な許可証に記載されている許可番号を記載してください。
- 「医薬品卸 営業所名」及び「医薬品卸 営業所所在地（住所）」欄は、開設許可証に記載されている名称を記載してください。
- 本書に記載している医薬品卸数と、申請書に記載している申請医薬品卸数が一致しているか確認してください。

医薬品倉庫面積 確認資料

(様式1-②)申請医薬品卸一覧の光熱費①医薬品倉庫面積が分かる平面図の写し等を提出してください。記載内容と齟齬がないことを確認します。

※申請する営業所ごとに作成ください。

開設者(法人)名	霧野医薬株式会社
医薬品卸 営業所名	人吉営業所
医薬品卸 営業所所在地	人吉市西間下町〇〇番地
医薬品卸業開設許可番号	第7777号

※営業所の平面図を添付し、医薬品倉庫をマーカーペン等で囲ってください。
 ※倉庫面積の算出式を記載してください。



整理番号	
------	--

申請車両一覧

開設者（法人）名	霧野医薬株式会社
医薬品卸 営業所名	人吉営業所
医薬品卸 営業所所在地	人吉市西間下町〇〇番地
医薬品卸業開設許可番号	第7777号

記入例

申請台数	6台
------	----

下の表に車両ナンバー等を記載してください。

※車両は、事業者等が燃料費を負担し、主に医薬品を医療機関等に配送するために使用するものが対象です。

※申請車両は、対象期間（令和7年4月から令和8年3月）に運輸支局に登録されている車両とします。（但し、対象期間の全てにおいて車検が切れている車両は対象外とします。）

※申請車両の使用権限がわかる書類（車検証やリース契約書の写し等）を添付してください。

	地名	分類番号	ひらがな	一連指定番号		地名	分類番号	ひらがな	一連指定番号		地名	分類番号	ひらがな	一連指定番号
—	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 3	7				—		14			—
1	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 4	8				—		15			—
2	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 5	9				—		16			—
3	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 6	10				—		17			—
4	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 7	11				—		18			—
5	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 8	12				—		19			—
6	熊本	2 0 0	う	0 1 — 2 9	13				—		20			—