

令和 6 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

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：イリョウハ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	

2. 給付金額

850,000

円

該当区分の単価を記載する

例) ①病院 (50床)：

17,000円×50床＝850,000円

②歯科診療所： 56,000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。

☒	①病院、4床以上の診療所
☐	②3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所
☐	③助産所
☐	④歯科技工所
☐	⑤施術所（あはき）
☐	⑥施術所（柔整）
☐	⑦調剤薬局
☐	⑧医薬品卸売業

給付単価表で単価を確認する

給付単価	
①	17,000円×病床数
②	56,000円
③	28,000円
④	28,000円
⑤	28,000円
⑥	28,000円
⑦	28,000円
⑧	120円×倉庫面積 7,000円×車両台数

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、助産所コード通知書の写しを添付してください。

※ 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入してください。

※ 登録記号番号の無い施術所は、「999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付してください。

5. 令和 7 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7年3月31日時点で九州厚生局に届けられている病床数をいう。

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

※ 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)	イリョウホウジンロウカイ リジチョウ ヒトヨシ タロウ						
口座名義	医療法人ロウ会 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)

- 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6年4月1日から令和7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。

様式1号の2（第5条関係）
交付対象医療機関等一覧表

複数の事業所をまとめて申請する場合に記入する

(単位:円)

No.	医療機関等住所	医療機関等名称	電話番号	医療機関等区分	保健医療機関等 コード	医療保険届出病 床数（令和7年3 月31日時点）	給付金の額	備考
1	人吉市西間下町▽▽番地	霧野病院	0966-12-3456	①病院、4床以上の診療所	4316543210	50	850,000	病院は、17,000円
2	人吉市瓦屋町○○番地	霧野病院 瓦屋町診療所	0966-21-6543	②3床以下の診療所、無床診療所、 歯科診療所	4311253012	3	56,000	3床以下診療所は
3		記入例						
4								
5								
6								
7								
8								
合計							906,000	

給付単価

①病院、4床以上の診療所	17,000円×病床数
②3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所	56,000円
③助産所	28,000円
④歯科技工所	28,000円
⑤施術所（あはき）	28,000円
⑥施術所（柔整）	28,000円
⑦調剤薬局	28,000円
⑧医薬品卸売業	120円×倉庫面積 7,000円×車両台数

(注)

1 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、助産所コード通知書の写しを添付してください。

2 施術所は、受領委任取扱いの登録記号番号を記入してください。

3 登録記号番号の無い施術所は、「999999999」を記入し、保険施術を行っていることが確認できる書類を添付してください。

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６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 インチヨウ 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」で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