

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											

記入例

補助額合計	¥80,000
-------	---------

（注）
1 「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。
2 「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。
3 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

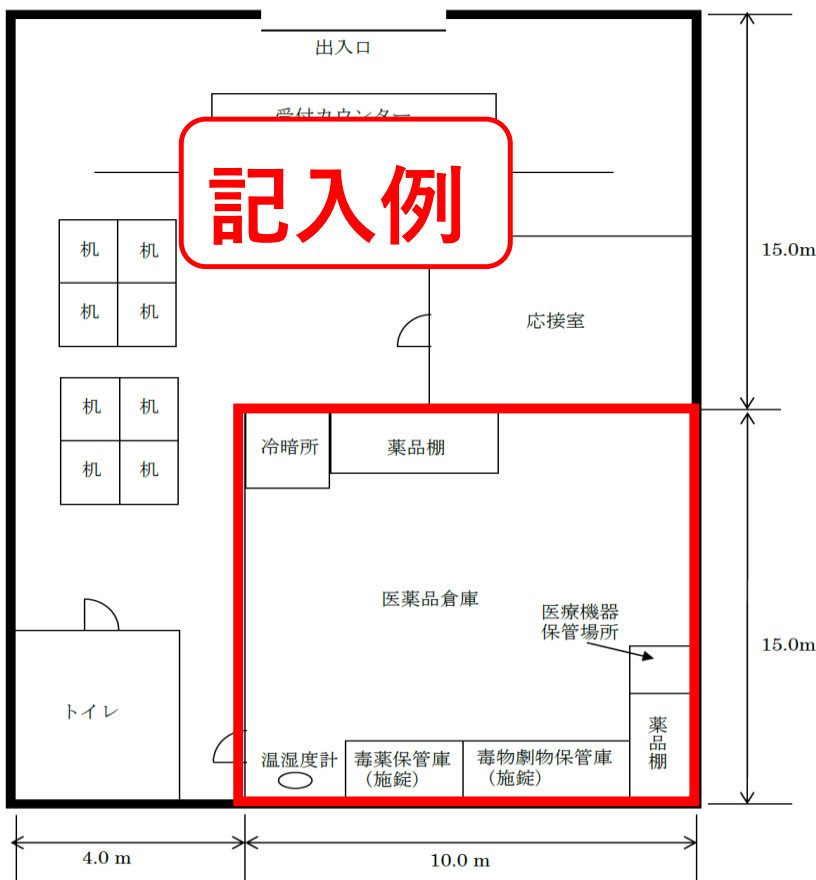
(様式 1-②) 申請医薬品卸一覧の光熱費①医薬品倉庫面積が分かる平面図の写し等を提出してください。記載内容と齟齬がないことを確認します。

※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。

営業所の平面図



<面積算出式>

医薬品倉庫：10.0 × 15.0 = 150.0 m²

記入例

申請台数	6台
------	----

※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				
ー	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	3	7						ー			14							ー			
1	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	4	8						ー			15							ー			
2	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	5	9						ー			16							ー			
3	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	6	10						ー			17							ー			
4	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	7	11						ー			18							ー			
5	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	8	12						ー			19							ー			
6	熊本	2	0	0	う	0	1	ー	2	9	13						ー			20							ー			