

静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金交付申請書

令和 7 年 〇 月 〇 日

静岡県知事 鈴木 康友 様

押印は不要です。

(所在地) 静岡県静岡市葵区追手町〇〇-〇〇
(名 称) 医療法人社団△×会
(代表者の役職・氏名) 理事長 静岡 太郎

令和7年度分において静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金の交付を受けたいので、静岡県医療機関食事療養提供体制確保事業費助成金交付要綱第5の規定により、関係書類を添えて申請します。

申請額 : 金 350,000 円

(添付書類)

- 1 様式第2号 助成金申請額内訳書
- 2 振込先金融機関の口座が確認できる、通帳の写し等
※金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人等が記載

金融機関名、支店名、預金種目の種類は、該当するものを○で囲むか、該当しないものを線で消してください。

【振込先金融機関】
申請者名と同一の口座名義人で口座情報を記載して

金融機関名	銀行・金庫・組合・農協・漁連	金融機関コード	△△△△
支店名	本店・支店・本所・出張所・支所	支店コード	□□□
預金種目	普通・当座	口座番号	××××××××
フリガナ	イリョウハウジンシャダンサンカクバツカ		ウ
口座名義	医療法人社団△×会 理事長 静岡太郎		

金融機関コード、支店コードは、分かる場合には記載してください。不明の場合は空欄で構いません。

【申請内容に関する連絡先】

受付欄（記入不要）

申請内容に不明点があったり、不備があった場合に連絡をするので、必ず連絡が取れる電話番号、メールアドレスを記載してください。

申請者所属先所在地	〒 ×××-△△△△ 静岡市葵区追手町〇〇-〇〇
所属名	〇〇病院
作成者（役職・氏名）	事務長 富士山 次郎
連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
	e-mail ××××.××××@×××.××

【裏面】

【誓約事項】

下記のとおり相違ないことを確認の上、各項目の左の欄へ○印を記載してください。
全ての項目に○を入れないと申請できません。

○	私の申請内容について、虚偽が判明した場合には、助成金の返還等に応じるとともに、加算金を支払います。
○	私の申請内容を証明する書類を適切に保管します。
○	本申請に関し静岡県から検査・報告等の求めがあった場合は、これに応じます。
○	助成金の支払については、口座振替により受領することを希望します。
○	令和7年7月1日時点で医療機関を運営しており、申請日時点で医療機関を廃止していません。また、本助成金の交付を受けた後も医療機関の運営を継続します（する意思があります）。
○	申請者の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が静岡県暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が経営に事実上参画していません。

助成金申請額内訳書

No.	医療機関名 ①	区分 ②	電話番号 ③	医療機関の所在地 ④	申請額内訳⑤			申請額（円） ⑥
					病床数（床）	1 病床当たり（円）	合計（円）	
1	（例 1）〇〇病院	病院	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	静岡県静岡市葵区追手町〇〇-〇〇	150	2,000	300,000	300,000
2	（例 2）××診療所	有床診療所	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	静岡県下田市中××-××	15	2,000	30,000	30,000
3	（例 3）△△クリニック	有床診療所	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	静岡県御殿場市竈△△-△△	10	2,000	20,000	20,000
4	開設者が法人等で、同一法人が複数の医療機関等を開設している場合は、法人単位でまとめて申請してください。内訳書に、それぞれの医療機関の名称、区分等を記載し、合計額を⑦欄に記載してください。							
5								
6								
7								
8								
					申請額合計⑦			350,000

- （記載上の注意事項）
- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えない。
 - 2 ②欄には、要綱第 2 の定義に基づき「病院」又は「有床診療所」と記載すること。
 - 3 ⑤欄には、施設ごとの病床数を記載すること。