

熊本県知事 木村 敬 様

令和 7 年度(2025年度)熊本県医療機関等物価高騰対策支援金
交付申請書兼実績報告書兼請求書

申請日： 令和7年7月22日

施設	住所	〒		－	
	フリガナ				
	名称	別添施設一覧のとおり			

申請者	住所	〒	862	－	1111
	フリガナ	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号			
	法人名	イリョウハウジン クマモトケンチョウ			
	フリガナ	医療法人 熊本県庁			
	役職・代表者名	リジチョウ	・	ケンチョウ	タロウ
		理事長	・	県庁 太郎	(印)

交付決定通知書送付先 施設住所 申請者住所

事務担当者氏名	別添施設一覧のとおり
連絡先（電話）	
連絡先（メール）	

※申請者の押印を省略する場合は次欄も記入してください。

※書類発行責任者と担当者が同一の場合は、担当者氏名欄に「同上」と記入してください。

書類発行責任者氏名／連絡先	事務局長 ○○○○	/	096-XXX-XXXX
担当者氏名／連絡先	法人本部総務課 ○○○○	/	096-XXX-XXXX

標記について、下記のとおり支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）します。

支援金額 3,736,000 円 ※自動計算

（交付要件の確認、支援金額の算出）

1. 該当する区分に○をひとつ記入してください。
同一施設で、複数の指定を受けている場合はいずれか一方での申請となります。

別添施設 一覧の とおり	①病院、4床以上の診療所（34,000円×病床数）
	②3床以下の診療所、無床診療所、歯科診療所（112,000円）
	③助産所（56,000円）
	④施術所（あはき）（56,000円）
	⑤施術所（柔整）（56,000円）
	⑥歯科技工所（56,000円）

裏面へ
続く

2. 保険医療機関等コードを記入してください。

別添施設一覧のとおり									
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 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。

3. 令和7年(2025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。

別添施設一覧のとおり	床
------------	---

※ただし、申請時点で減床を届け出ている場合や、令和7年度(2025年度)中に減床する予定の場合、減床後の病床数を記入してください。

4. 下部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、支援金の申請(請求)はできません。

○

(振込口座情報)

5. 振込口座情報を記入してください。

※口座情報は通帳に記載の表記でご記入ください。

金融機関名	肥後銀行		金融機関コード	0	1	8	2
支店名	県庁支店		支店コード	1	5	9	
口座種別	01	(01: 普通 02: 当座 04: 貯蓄)					
口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5	6
(フリガナ)	ケンチョウビョウイン インチョウ ケンチョウ ハナコ						
口座名義	県庁病院 院長 県庁 花子						

※ 口座名義が申請者と異なる場合は、別途「委任状兼口座振替申出書(要押印)」を提出してください。

(誓約事項)

- ①申請者は、交付要項第3条に規定する交付対象者の要件を満たしています。
- ②申請者及び交付対象施設の役員又は使用人は、熊本県暴力団排除条例(平成22年熊本県条例第52号)第2条第4号に規定する暴力団密接関係者ではありません。
- ③申請者は、業務上の行為により法令に違反し、令和6年(2024年)4月1日から令和7年(2025年)3月31日までの間に、行政処分を受けたことはありません。
- ④交付対象施設は、令和6年(2024年)4月1日から令和7年(2025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。
また、市町村等が実施する他の支援制度を利用しても、なお費用の増加分に足りません。
- ⑤申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された支援金の返還に応じます。
- ⑥支援金の交付手続きに必要な範囲で、県から業務委託事業者、申請者の個人情報を含む必要な情報が提供されることに同意します。

【様式 1（第 5 条関係）（一括申請用）】施設一覧

※熊本県記入欄

整理番号	医
------	---

担当者氏名	法人本部総務課 ○○○○
連絡先（電 話）	096-XXX-XXXX
連絡先（メール）	XXX@XXX.ne.jp

	施設住所	施設名称	施設区分						保険医療機関コード	医療保険 届出病床 数※	支援金額
			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施術所 (あはき)	⑤施術所 (柔整)	⑥歯科技 工所			
			いずれかに○								
1	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第一病院	○						4311234567	100床	3,400,000円
2	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第二クリニック		○					4311234567		112,000円
3	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第三助産所			○				4301234		56,000円
4	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第四鍼灸院				○			4300123456		56,000円
5	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第五整骨院					○		契430123456		56,000円
6	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号	県庁第六歯科技工所						○			56,000円

※ただし、申請時点で減床を届け出ている場合や、令和7年度(2025年度)中に減床する予定の場合、減床後の病床数を記入してください。

合計

3,736,000円

※7施設以上の場合、行を追加し記入してください。その場合、合計金額欄が正しく計算されているか確認してください。

振込口座情報関係（通帳の写し等）

申請書兼実績報告書兼請求書の「5 振込口座情報」が分かる通帳の写し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。

フリガナ

開設者名又は管理者名
（口座名義人）

住所

イリョウホウジン クマモトケンチョウ リジチョウ ケンチョウ タロウ

医療法人 熊本県庁 理事長 県庁 太郎

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

口座番号、口座名義（カナ）が記載されているページを貼り付けてください。
画像データでも問題ありません。

見 本

おなまえ

ケンチョウ タロウ

口座名義

様

口座番号

XXXXXXXX

口座番号

店番

XXX

支店コード

株式会社

〇〇銀行

金融機関名

支店名

県庁支店

支店名

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。

記

1 代理人

郵便番号

〒 862 - 1111

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

(商号等々)

ケンチョウダイイチビョウイン

商号等

県庁第一病院

代表者職氏名

院長 県庁 花子

2 委任事項

令和7年度(2025年度)熊本県医療機関等物価高騰対策支援金の受領に関する一切の権限

委任者

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

商号等

医療法人 熊本県庁

代表者職氏名

理事長 県庁 太郎

印

口座振替申出書

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

記

振込口座

金融機関名

肥後銀行

支店名

県庁支店

口座種別

普通

口座番号

0123456

口座名義

県庁病院 院長 県庁 花子

(口座名義々)

ケンチョウビョウイン インチョウ ケンチョウ ハナコ

受任者

郵便番号

〒 862 - 1111

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

商号等

県庁第一病院

代表者職氏名

院長 県庁 花子

印