

熊本県知事 木村 敬 様

整理番号	医
------	---

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	別添施設一覧のとおり			
	名称				

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 又は施設名	イリョウホウジン 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

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

【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	○						4301234567	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		○					4301234567		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			○				4301234567		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				○			4301234567		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					○		4301234567		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						○	4301234567		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

イリヨウホウジン 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) 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) 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