

【様式 1 (第 5 条関係)】

※熊本県記入欄

整理番号 医

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1日

施設	住所	〒 862 - 1111
	フリガナ	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
	名称	クマモトケンチョウ病院 熊本県庁病院
申請者	どちらかに○→	開設者 <input checked="" type="radio"/> 管理者 <input type="radio"/>
	住所	〒 862 - 1111 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
	フリガナ	イリョウハウジン クマモトケンチョウ
	開設者名 又は管理者名	医療法人 熊本県庁 印
	フリガナ	リジチョウ ・ ケンチョウ タロウ
	役職・代表者名	理事長 ・ 県庁 太郎

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 総務課 ○○○○

連絡先 (電話) 096-XXX-XXXX

連絡先 (メール) XXX@XXX.ne.jp

※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	総務課長 ○○○○	/	096-XXX-XXXX
担当者氏名/連絡先	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 **3,400,000** 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。

○	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。

4	3	1	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※ 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。

100

 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。

5. 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)

6. 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へ、申請

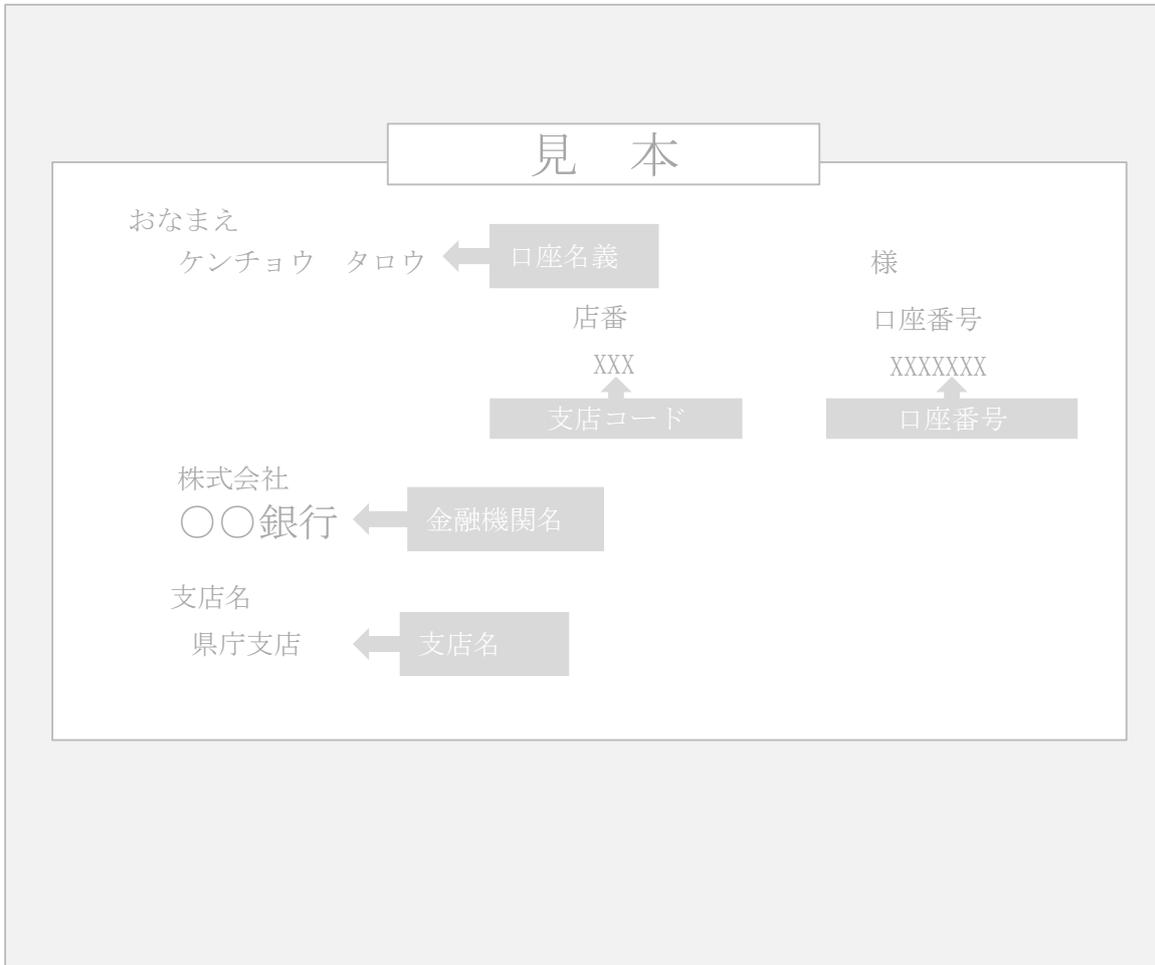
振込口座情報関係（通帳の写し等）

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

イリョウハウジン クマモトケンチョウ
 医療法人 熊本県庁
 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。



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)

ケンチョウビョウイン

商号等

県庁病院

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いたします。

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

県庁病院

代表者職氏名

院長 県庁 花子

印