

第 1 号様式（第 4 条関係）

（表）

令和 7 年度伊勢原市医療機関等物価高騰対応支援金支給
申請書兼請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

申請者名称及び
代表者氏名

㊞

令和 7 年度伊勢原市医療機関等物価高騰対応支援金の支給を受けた
いので、関係書類を添えて申請します。

1 申請額及び請求額 円

（添付書類）

- (1) 申請に係る施設の保険医療機関（保険薬局）指定通知書の写し等、
支給対象事業者であることを確認できる書類
- (2) 申請日から直近の診療（調剤）報酬支払通知書の写し等、事業を
継続して実施していることを確認できる書類
- (3) 振込先口座の通帳の写し等、振込先口座が確認できる書類

※添付書類(1)及び(2)については、令和 7 年度神奈川県医療機関等
物価高騰対応支援金（第 6 弾）支給要綱（令和 8 年 2 月 1 7 日施
行）第 6 条第 1 項に規定する令和 7 年度神奈川県医療機関等物価
高騰対応支援金（第 6 弾）支給決定通知書の写しの提出をもって
代えることができます。

(裏)

2 申請対象施設

施設区分	<input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電） <input type="checkbox"/> 病院（特別高圧受電以外） ・有床診療所 <input type="checkbox"/> 無床診療所 <input type="checkbox"/> 薬局	医療機関 コード (10桁)	
施設名称			
施設所在地	〒		
稼働病床数	床		
支給申請額 及び請求額	円		

※有床診療所又は無床診療所には、歯科診療所を含みます。

3 振込先

金融機関 コード		金融機関名	銀行・農業協同組合 信用金庫・信用組合
支店 コード		支店名	本店・支店
種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			