

第 1 号様式（第 6 条関係）

（表）

令和 7 年度伊勢原市医療機関等賃上・物価上昇支援金支給  
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

㊞

電話番号

令和 7 年度伊勢原市医療機関等賃上・物価上昇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 賃上げ分支援金 申請額及び請求額 円

物価上昇分支援金 申請額及び請求額 円

（添付書類）

神奈川県医療機関等賃上・物価支援金支給要綱（令和 8 年 2 月 1  
7 日施行）第 9 条に規定する支援金の交付を決定する通知の写し

(裏)

## 2 申請対象施設

施設区分	<input type="checkbox"/> 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	賃上げ分支援金		円
	物価上昇分支援金		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			