

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

・法人等に所属している場合は、法人名等から記入

住所又は  
所在地

<使用可能印>

- ・代表者印 ・役職印
- ・医療機関印と代表者印の2つ

申請者名称及び  
代表者氏名



<使用不可>

- ・医療機関名のみ印
- ・代表者の役職名が異なる印

医療機関等物価高騰対応支援金の支給を受けた  
申請します。

1 申請額及び請求額

円

（添付）  
 (1) 申請書  
 支給  
 (2) 申請書  
 継続  
 (3) 申請書  
 ※

医療機関等種別	支給単価
病院（特別高圧受電）	1床当たり 8,000円
病院（特別高圧受電以外）、 有床診療所	1床当たり 7,500円
無床診療所、薬局	1施設当たり 15,000円

通知書の写し等、  
 写し等、事業を  
 きる書類

物  
 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)	都道府県番号2桁 (神奈川県は"14") +点数表コード1桁 ( "1"医科、"3"歯科、 "4"薬局) +指定通知書番号7桁
施設名称	法人等に所属している場合は、 法人名等から記入		
施設所在地	〒 伊勢原市～～	(病院・有床診療所) 関東信越 厚生局あてに報告した「令和7 年度 施設基準実施状況報告 書」の稼働病床数を記入(令和 7年8月1日現在)	
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	添付する「振込先口座が確認できる書類」と同じ情報を 記入		