

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

・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 伊勢原市～～

<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>

- ・医療機関名のための印
- ・代表者の役職名が異なる印

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
いたので、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 ① 円

物価上昇分支援金 申請額及び請求額 ② 円

医療機関等種別	支援金単価	
	① 賃上げ分	② 物価上昇分
有床診療所	1床当たり 36,000円	1床当たり 6,500円
無床診療所	1施設当たり 75,000円	1施設当たり 85,000円
薬局	1施設当たり 72,500円	1施設当たり 42,500円

有床診療所の物価上
分支援金は、病床数が
13床以下の場合
85,000円を支給
します。

(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)	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～～	(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	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	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		