

様式第1号（第4条関係）

高石市医療機関等物価高騰対応支援金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

高石市長 様

次の条件を誓約及び同意し、高石市医療機関等物価高騰対応支援金交付要綱第4条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

- 1 申請要件を全て満たしています。また、申請書に記載した事項については事実と相違ありません。
- 2 本支援金申請後も引き続き令和8年5月29日まで事業を継続する意思があります。
- 3 他の重複交付不可の支援金等の交付対象ではないこと又は交付を受けていないことを確認するため、支援金の申請情報を他の支援金等の申請情報と照合することに同意します。
- 4 代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等に、高石市暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団密接関係者に該当する者はいません。

申請者

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	
医療機関番号または登録記号番号	
代表者氏名	印
担当者氏名（法人の場合）	
連絡先	

交付申請額

_____ 円

口座情報

金融機関名		支店名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

添付書類

- ・ 通帳のコピー等口座情報がわかるもの
- ・ 委任状（口座名義人が医療機関等の名称や代表者と異なる場合）