

(様式第1号)

記入不要

受付番号

《記載例》

R5.12

令和5年度富山県光熱費等高騰対策緊急支援事業費補助金(医療分) 交付申請書及び実績報告書

【6か月分申請用】

提出日: 年 月 日

富山県知事 殿

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

3. (1) (2) の合計 (自動計算) 申請額: 453,200 円

1. 申請者情報

Application form for applicant information including facility type (Hospital), name, address, and contact details.

2. 振込口座情報

Form for remittance account information including financial institution name, branch name, and account number.

※必ず申請者名義の口座を指定してください。(医療機関等を設置する法人でも可) ※振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))を添付してください。

3. 交付対象事業・交付要件・申請額

(1) 光熱費

① 交付要件

Table with conditions for delivery and a checkbox for recording if conditions are met.

② 申請額

Table for application amount including bed count, energy cost, and food cost.

※病床数は、令和5年10月1日時点の許可病床から、令和4年10月1日以降一度も入院患者を収容しなかった病床を除いた数を記入してください。

(2) 車両燃料費

① 交付要件

<ul style="list-style-type: none"> <li>・本施設は、令和5年10月1日時点において、富山県内に所在し、稼働している施設です。</li> <li>・本施設は公立ではありません。</li> <li>・本施設は、車両燃料費高騰の影響を受けています。</li> <li>・R5.4～R5.9までの期間において、下記ア～エのいずれかの区分に係る事業実績があり、R5.10.1時点で各区分の用務に使用する車両の燃料費を全額負担しています。(患者から送迎費用や訪問に係る交通費を徴収していません。)</li> </ul>		左記に相違ない場合✓を記入  <input checked="" type="checkbox"/>
▽申請する区分に応じて☑を入れてください。		
ア 人工透析患者通院送迎区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東海北陸厚生局への受理記号「人工腎臓」の届出を行っており、人工透析患者の通院のための送迎サービスを日常的に行っています。(一般患者と透析患者を区別せずに送迎を行っている場合も含む。)</li> </ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
イ 訪問診療区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東海北陸厚生局への受理記号「精在宅援」、「支援病」、「支援診」又は「在医総管」のいずれかの届出を行っています。</li> <li>・医師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
ウ 訪問歯科診療区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東海北陸厚生局への受理記号「歯援診」の届出を行っています。</li> <li>・歯科医師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
エ 訪問薬剤師管理指導区分	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東海北陸厚生局への受理記号「在薬」の届出を行っている保険薬局です。</li> <li>・薬剤師による在宅患者の居所への定期的な訪問を行っています。</li> </ul>	<input type="checkbox"/>

② 申請額

上記ア～エから選択してください

申請区分	(申請区分イ・ウの場合) 医師・歯科医師常勤換算人数	車両台数※	申請額
ア 人工透析患者通院送迎区分		2	25,200
			0
			0
			0

※区分イ・ウの場合、医師又は歯科医師1人当たり1台までを上限。(常勤換算した場合の人数。小数点以下切上げ)  
 ※区分エの場合、1施設当たり1台までを上限。

自動計算  
 ア：12,600円/台  
 イ、ウ、エ：2,800円/台

4. 誓約

- (1) 交付対象施設の要件を満たしています。
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3) 補助金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4) 富山県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5) 虚偽が判明した場合は、補助金の返還に応じるとともに、補助金と同額の違約金の支払いに応じます。

<p>私は、医療機関等に対する光熱費等高騰対策緊急支援事業費補助金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。                  なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地</p> <p>施設(医療機関等)名 医療法人〇〇会〇〇病院</p> <p>代表者職氏名 院長 〇〇 〇〇</p>	誓約する場合、以下に✓を記入  <input checked="" type="checkbox"/>
---	---

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。