

令和7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

申請日: 〇/〇

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:

18,000 円

1. 申請者情報

施設種別 (該当するものに〇をつけてください)	病院 ／ 有床診療所(医科・歯科) ／ 無床診療所(医科) ／ 無床診療所(歯科)／ 薬局 ／ 施術所(柔道整復、あん摩・はり・きゅう) ／ 助産所 ／ 歯科技工所
----------------------------	--

(ふりがな)	
法人名	医療法人社団 〇〇〇
法人所在地 (法人設立届出書の住所)	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
(氏名のふりがな)	
(法人代表者)役職・氏名	理事長 〇〇 〇〇

※ 法人格がない場合は、記載不要です。

(ふりがな)	
施設(医療機関等)名	〇〇医院
施設(医療機関等)所在地	郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 住所 富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
(氏名のふりがな)	
施設(医療機関等)代表者 役職・氏名	院長 〇〇 〇〇

担当者 (所属・職氏名)	事務 〇〇 〇〇	電話番号	076-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	xxxxxxxx@aaaa.jp		

2. 振込口座情報(必ず記入してください)

金融機関名	〇〇銀行				支店名	〇〇支店							
金融機関コード(4桁)	1	2	3	4	支店コード(3桁)	5	6	7					
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)				1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 ※カタカナで記載	〇〇イン 〇〇 〇〇												

※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

・本施設は、令和7年10月1日時点において、富山県内に所在し、申請日時点において稼働している施設です。 ・本施設は公立ではありません。 ・本施設は、あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律第9条の3に基づき、出張のみの届出を行っている施術所ではありません。	左記に相違ない場合✓を記入 <input checked="" type="checkbox"/>
---	--

② 申請額

病床の有無	(有の場合)病床数	申請額
無		18,000

光熱費

○病院、有床診 10,000円／床（下限18,000円）

○その他施設 18,000円／施設

※病床数は、令和7年10月1日時点の許可病床から、令和6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) 食材料費

① 交付要件

・本施設は、令和7年10月1日時点において、富山県内に所在し、申請日時点において稼働している病院、有床診療所(患者を入院させるための施設を有する診療所)を運営する施設です。 ・本施設は公立ではありません。	左記に相違ない場合✓を記入 <input type="checkbox"/>
---	---

② 申請額

病床数	申請額
	0

食材料費

病院、有床診 4,000円／床

※病床数は、令和7年10月1日時点の許可病床から、令和6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。

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ます。

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つても、異議は一切申し立てません。	誓約する場合、以下に✓を記入 <input checked="" type="checkbox"/>
住所 富山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
施設(医療機関等)名 ○〇医院	
代表者職氏名 院長 〇〇 〇〇	

※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。