

高知県医療施設物価高騰対策給付金申請書

令和 6 年 4 月 30 日

高知県知事 濱田 省司 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	イリョウハウジン コウチカイ			
	法人名氏名	医療法人 高知会			
	事業所所在地住所	(郵便番号 780 - 8570) 高知県高知市丸ノ内1-2-20			
	(法人の場合)代表者情報	職名	理事長	氏名	高知 太郎
	申請に関する担当者(申請書に不備があった場合等にご連絡させていただきます。)				
	担当者氏名	高知 花子	E-mail	××××××@××.jp	
日中連絡が取れる電話番号	088-000-0000/090-0000-0000	FAX	088-000-0000		

申請内容

区分	名称	病床数	申請額
病院	A病院	100 床	320,000 円
有床診療所	Bクリニック	19 床	60,800 円
		床	円
		床	円
		床	円
		床	円
		床	円
		床	円
		床	円
		床	円
合計		119 床	380,800 円

振込先

金融機関名	〇〇銀行	支店名	△△支店
普通・当座の別	普通・当座	口座番号	0123456
フリガナ	イリョウハウジン コウチカイ リジチュウ コウチカイ		
口座名義	医療法人 高知会 理事長 高知太郎		

(申請に必要な添付書類)

- ・第2号様式 誓約書
- ・県税の滞納がない旨を証明する納税証明書