

令和 8年 1月 30日

綾川町長 殿

綾川町版医療・福祉施設応援金支給申請書

次のとおり、綾川町版医療・福祉施設応援金の支給を申請します。

住所：綾川町滝宮100番地

氏名（名称）：滝宮クリニック 院長 綾川 太郎

印

申請額 90,000 円

〈内訳〉

区分		単価	事業所名	申請額
医療	病院	360,000		
	病院 1床あたり	2,500		
	有床診療所	180,000		
	無床診療所	90,000	滝宮クリニック	90,000
	訪問看護ステーション	50,000		
	薬局・施術所	25,000		
障害	入所系	180,000		
	居住系	90,000		
	通所系	60,000		
	訪問・相談系	50,000		
高齢者	入所系	180,000		
	居住系	90,000		
	通所系	60,000		
	訪問・相談系	50,000		
児童	入所系	180,000		

該当する区分の行に、事業所名と、申請額を記入してください。

令和6年度までに申請いただいた口座の場合は、債権者登録は不要です。初めて申請される方、変更される方は、債権者登録申請書と通帳の写しをご提出ください。

【受取口座記入欄】

金融機関名		支店名	分類	口座番号						(フリガナ) 口座名義		
綾川	1.銀行 2.金庫	5.農協 6.漁協 7.信漁連	本支店 本・支所 出張所	1普通	0	1	2	3	4	5	6	タキノミヤクリニック インチヨウ アヤガワタロウ 滝宮クリニック 院長 綾川 太郎
金融機関コード		支店コード	2当座									

- 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付して下さい。
- 債権者登録が未登録の場合は、登録申請書を記載し、振込先の通帳の写しを添付してください。