

記載例

様式第1号(第5条関係)

県記載欄（申請者は記入不要です）

受付日

受付番号

**社会福祉施設等価格高騰対策支援金支給申請書
(⑤助産所・薬局用)**

令和 7 年 〇 月 〇 日

提出日（発送日）を記入してください。

長野県知事 様

次のとおり、社会福祉施設等価格高騰対策支援金の支給を申請します。

1 申請者

フリガナ	ユウゲンガイシャ〇〇ヤッキョク	フリガナ	ダ イョウトリシマリヤ 〇〇 〇〇
法人：法人の名称 個人事業者：代表者の氏名	有限会社〇〇薬局	(法人の場合) 代表者	職 氏名 代表取締役 〇〇 〇〇
法人：本店の所在地 個人事業者：施設等の所在地	〒 380 ー 〇〇〇〇 長野市〇〇123		
担当者氏名	〇〇 〇〇		
担当者メールアドレス	*****@****. jp	電話番号	026ー***ー****

- ・個人事業者の場合は記入不要です。
- ・押印は不要です。

2 申請額

(単位：円)

施設等区分	施設等の名称 ※ 1	所在地	医療機関コード (10桁) ※ 2	申請額 (60,000円)
薬局	有限会社〇〇薬局	長野市〇〇123	*****	60,000
次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。 薬局／助産所 【参照：申請要項 2（1）】 ※データで作成する場合は、プルダウンで「施設等区分」が選択できます。 選択した区分により「基準単価」が自動で入力されます。			基準単価を記入してください。 【参照：申請要項 4】 ※データで作成する場合は、自動で入力されます。	
			合計	60,000

※1 施設等の名称は略せずに正式名称を記入すること。

※2 助産所については、医療機関コード欄の記載は不要。

基準単価を記入してください。
【参照：申請要項4】

※データで作成する場合は、自動で入力されます。

行が不足する場合は、様式
をコピーするなどして2枚
目に記入してください。
※データで作成する場合は、行をコ
ピーして追加し、記入してください。

※1 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。
※2 助産所については、医療機関コード欄の記載は不要。

3 振込先

金融機関名	〇〇銀行					支店名	△△支店						
金融機関コード（4桁）	*	*	*	*		支店コード（3桁）	*	*	*				
口座種別	普通					口座番号（7桁）	*	*	*	*	*	*	*
口座名義人 ※カタカナで記載	ユ. 〇〇ヤッキョク												

※必ず申請者名義の口座を指定すること。（法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。）
※口座番号は右詰めにて記入すること。

振込通帳等の「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れる書類を添付してください。

4 支給要件

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- ☒ 光熱費、食材費、ガソリン代について原油価格等の高騰の影響を受けていること。
- ☒ 申請日時点で休止中でなく、また、支援期間において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☒ 令和7年1月1日時点で、助産所においては開設の届出をしている又は開設の許可を受けている、薬局においては保険薬局であること。

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

5 誓約

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

私は、社会福祉施設等価格高騰対策支援金を申請するにあたり、下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。

- ☒ 県税に滞納はありません。
- ☒ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）に規定する暴力団員若しくは暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- ☒ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

所在地 〒380-**** 長野市〇〇123

法人名 有限会社〇〇薬局

※個人の方は法人名は記入不要です。

代表者職氏名 代表取締役 〇〇〇〇

代表者名の記入は印字、ゴム印等も可です。（自筆である必要はありません。）
また、押印は不要です。

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					