

山形県知事 吉村 美栄子 殿

管理番号	
施設の郵便番号	〒 -
施設の所在地	
法人又は施設の名称	
代表者の役職	
代表者の氏名	

令和7年度（12月補正分）山形県医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書

令和7年度（12月補正分）山形県医療機関等物価高騰対策支援金を下記のとおり交付されるよう申請します。

記

※病院及び有床診療所のみ入力
※R7.4.1から申請日までに1度も使用していない病床を除く。

1 申請内容

施設区分	施設の名称	許可病床数	支援金

【同意・誓約】※必ずチェック（レ点）願います！

<input type="checkbox"/>	私は、令和7年度（12月補正分）山形県医療機関等物価高騰対策支援金（以下「支援金」という。）の支給を申請するに当たり、以下の内容について誓約・同意します。
<input type="checkbox"/>	申請要件を全て満たしています。
<input type="checkbox"/>	申請内容に虚偽や不正等が判明した場合は、山形県の求めにより、支援金の一部又は全額の返還に応じます。
<input type="checkbox"/>	申請内容に疑義があった場合に、山形県が関係者に対して本申請の内容について調査することに同意します。
<input type="checkbox"/>	申請内容に関する振込口座の記入間違い等、軽微な誤りについては、山形県が補正することに同意します。
<input type="checkbox"/>	申請内容の不備が、山形県が指定する期限までに解消しなかった場合は、山形県が当該申請は取り下げられたものとみなすことに同意します。
<input type="checkbox"/>	支給の交付の決定後、申請等の不備による振込不能等があり、申請者の責に帰すべき事由により、山形県が指定する期限までに当該不備を解消しなかった場合は、申請者は支援金の支給を受けることを辞退したものとみなし、当該支給の交付の決定を取り消すことに同意します。
<input type="checkbox"/>	申請者が次のいずれにも該当せず、かつ、将来においても該当しません。
<input type="checkbox"/>	(1) 役員等（法人の役員、対象施設の長その他これらと同等の責任を有する者をいう。以下同じ。）が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であるもの
<input type="checkbox"/>	(2) 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員等が経営に実質的に関与しているもの
<input type="checkbox"/>	(3) 役員等が自己、当該法人若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用しているもの
<input type="checkbox"/>	(4) 役員等が暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与しているもの
<input type="checkbox"/>	(5) 役員等が暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有しているもの

2 振込先口座（申請者名義のものに限る。）

金融機関名 ※「銀行」まで記載		金融機関 コード		口座種別 (普通/当座)	
支店名		支店コード		口座番号	
口座名義					
カタカナ名義					

※必ずチェック（レ点）願います！

<input type="checkbox"/>	振込先とする申請者名義の預貯金通帳の表紙及び表紙裏面（金融機関名、店名、店番号、口座種別、口座番号及び口座名義人（カタカナ名義を含む。）が記載されたページ）の写しを添付してください。
--------------------------	---

3 連絡先

担当者名		電話番号	-	-	
電子メールアドレス	@				