

第2号様式（第4条関係）

提出日を記載してください。

令和6年2月1日

神奈川県知事 殿

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金に係る支給申請書(上半期支給決定者用)

令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱第4条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金の支給を申請します。なお、その支給を受けるにあたっては、令和5年度下半期神奈川県医療機関等物価高騰対応支援金支給要綱を遵守します。

※支給決定・不支給決定通知書は、下記申請された所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

申請者種別	<input type="checkbox"/> 法人 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 個人	
法人等の名称 ※個人の方は施設名称	神奈川県庁鍼灸院	
法人等の所在地 ※個人の方は自宅住所	〒 210 - 0847 川崎市川崎区浅田〇〇	
代表者職名 ※法人のみ		
代表者の氏名	県庁 花子	
本支援金に係る連絡先	担当者名	県庁 花子
	日中連絡の取れる 電話番号	045-210-1111
	メールアドレス	〇〇〇〇@pref.kanagawa.lg.jp
誓約・同意	<input checked="" type="checkbox"/> 以下の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (誓約事項を御確認のうえ、チェック <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。)	

開設者の自宅住所、郵便番号、氏名  
(法人の場合は名称・所在地・代表者の  
職名と氏名)  
を記載してください。

誓約・同意いただけない場合、  
支援金を給付することができませんので  
忘れずにチェックを入れてください。

【誓約・同意事項】

「申請施設等」という。)は、現に運営しており、令和6年3月31日までの間、事業の廃止又は事業の休止をせず、運営を継続する予定です。

- (2) 本支援金を重複して申請していません。
- (3) 代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者はありません。
- (4) 申請書の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合には、本支援金を返還します。また、前記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。
- (5) 申請後に、代表者又は役員のうち暴力団員に該当する者がいないことを確認するため、県からの求めがあった場合は確認に必要な個人情報の提出に応じ、情報を神奈川県警察本部に照会することについて、代表者及び役員全員が同意しています。

(裏面に続く)

