

(様式第1号)

受付番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

《記載例》

石川県食材料費高騰対策支援事業費補助金交付申請書及び実績報告書

提出日: 年 月 日

事務局整理用のため、
記入不要。

石川県知事 殿

標記について、次により補助金を交付されるよう申請します。

申請額: 0 円

自動計算

1. 申請者情報

法人名 (無い場合は記入不要)	医療法人〇〇会		
施設(医療機関等)名	〇〇病院		
役職・代表者名	理事長 〇〇 〇〇		
施設(医療機関等)所在地	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇	
	住所	金沢市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
担当者 (所属・職氏名)	総務課 課長 〇〇 〇〇	電話番号	076-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	xxxxxxxx@aaaa.jp		

○法人の代表者を記載願います。
○別途ご提出いただく「債権者登録申出書」の代表者も、法人の代表者を記載願います。
※個人の場合は院長名で結構です。

2. 交付要件・施設種別・交付額

(1) 交付要件

・本施設は、令和6年4月1日時点において、石川県内に所在し、申請日時点において稼働し、事業継続予定である施設です。 ・本施設は国が開設者ではありません。	左記に相違ない場合✓ を記入 ✓
---	----------------------------

(2) 施設種別・申請額

許可病床数	申請額

○病院・有床診療所 3,200円/許可病床数
※自動計算

4. 誓約

- (1) 交付対象施設の要件を満たしています。
- (2) 交付のために提出した書類に虚偽はありません。
- (3) 交付金の申請は、1施設につき1回限りとします。
- (4) 石川県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しません。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しません。
- (5) 県税の滞納はありません。
- (6) 虚偽が判明した場合は、交付金の返還に応じるとともに、交付金と同額の違約金の支払いに応じます。
- (7) 個人情報の取扱いに関して、交付金の給付手続きに必要な範囲で石川県と共有することに同意します。

私は、石川県食材料費高騰対策支援事業費補助金を申請するにあたり、上記の内容について、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。	誓約する場合、 以下に✓を記入 ✓
住所 金沢市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
法人(医療機関等)名 医療法人〇〇会(〇〇病院)	
代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇	

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

○法人の代表者を記載願います。
※個人の場合は院長名で結構です。

発行責任者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	

担当者	所属・役職	
	氏名	
	電話番号	