申請書兼請求書作成時にご注意ください。

別記様式（第4条関係）

提出年月日を記入
してください。

東かがわ市医療施設等支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

東かがわ市長 宛て

東かがわ市医療施設等支援金交付要綱第4条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請（請求）します。

1 支援金の申請（請求）者

医療施設等の所在地	東かがわ市
医療施設名	
代表者	
電話番号	

アラビア数字で記載し、
訂正しないでください。

チラシ裏面の別表の区分のうち、該当するものに○を付けてください。

2 申請（請求）額

_____ 円

病床数

（一般病床： _____
療養病床： _____）

（病院・有床診療所・無床診療所
助産所等・薬局等）

3 振込先口座

金融機関	
口座種	
口座番	
（フリガナ）	
口座名義	

令和6年10月1日から令和7年3月31日の間において、施設全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を記入してください。該当のない場合は記入不要です。

4 添付書類

(1) 支援金振込先口座の口座番号及び口座名義（カナ）が確認できる預貯金通帳等の写し ※通帳の見開きページ等、カナ名義が確認できること。

(2) 香川県医療・福祉施設応援金交付決定通知書の写し（令和6年度のもの）
※必ず添付してください。