

別記様式（第4条関係）

東かがわ市医療施設等支援金交付申請書兼請求書

令和 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
医療施設名及び代表者名	⑩
電話番号	

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

金融機関名		店名	
口座種別	普通・当座		
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

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

(2) **令和6年度 香川県医療・福祉施設応援金交付決定通知書の写し**