

東かがわ市告示第 44 号

東かがわ市医療施設等支援金交付要綱を次のように定める。

令和 7 年 3 月 28 日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市医療施設等支援金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、エネルギー・食料品価格等の物価高騰により経費が増加する中、その影響を価格に転嫁することはできず、公定価格でサービスを維持しながら運営を続けている医療施設等に対する東かがわ市医療施設等支援金（以下「支援金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(交付対象者)

第 2 条 支援金の支給の対象となる者は、別表に規定する施設、事業所等「以下「医療施設等」という。）を市内に開設している事業者で、かつ香川県医療・福祉施設応援金事業の支給対象のうち医療施設等に該当し、令和 6 年度において支給の決定を受けた者とする。ただし、令和 7 年 4 月 1 日時点で、次の各号に該当する者を除く。

- (1) 休・廃止の申請がなされている者
- (2) 公的病院に分類される者
- (3) 市税に滞納がある者
- (4) 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 条に規定する暴力団及び暴力団員でないこと。

(支援金の額)

第 3 条 支援金の額は、別表のとおりとし、医療施設等ごとに 1 回限りとする。

(支援金の申請)

第 4 条 支援金の交付を受けようとする事業者（以下「申請者」という。）は、市長が別に定める日までに、東かがわ市医療施設等支援金交付申請書兼請求書（別記様式。以下「申請書」という。）を医療施設等ごとに市長に提出しなければならない。

(支援金の交付)

第 5 条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査の上、第 2 条の要件を満たしている場合に支援金を交付するものとする。

(調査協力)

第 6 条 市長は、申請書及び事業の内容に関する調査について、申請者に協力

を求めることができる。

(支援金の返還)

第7条 市長は、支援金の交付を受けた後に第2条の規定に該当しないことが明らかとなった者又は偽りその他不正の手段により支援金の交付を受けた者に対し、交付を行った支援金の返還を求めることができる。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和7年4月1日から施行する。

(この告示の失効)

2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに支援金の申請を行った者にかかる第5条、第6条及び第7条の適用については、同日後においても、なおその効力を有する。

別表（第2条、第3条関係）

区分	施設又は事業等	支援金の額（千円）
病院	病院	360+ 2.5×病床数
有床診療所	患者を入院させるための施設を有する診療所	180+ 2.5×病床数
無床診療所	患者を入院させるための施設を有しない診療所	90
助産所等	(1)助産所 (2)訪問看護ステーション（健康保険法（昭和11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者であるものに限る。）	50
薬局等	(1)薬局 (2)施術所（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第9条の2第1項若しくは同法第9条の3又は柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第19条第1項の規定による届出をした施術所をいう。） なお、同じ住所地（建物内）において、施術室を分けることなく、あん摩マッサージ指圧、はり又はきゅうを業とする施術所及び柔道整復を業とする施術所を併設している場合は、いずれか1施設に限り支給対象とする。	25

	(3)あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等 に関する法律第9条の3の規定による届出をし た施術者が、専ら出張によって従事する業務 (4)歯科技工所	
備考 1 病院、診療所及び薬局は、健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険医療機関又は保険薬局であるものに限る。 2 この表において「病床数」とは、令和6年10月1日から令和7年3月31日までの間において、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いう。		

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

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	印
電話番号	

2 申請（請求）額 円

病床数

（ 一般病床： 療養病床： ）

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			

（注）口座名義は、申請者と同一名義としてください。

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）香川県医療・福祉施設応援金支給決定通知書の写し