東かがわ市告示第 129 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８年９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、市内に所在する医療施設等（関係法令の規定に基づき関係行政庁の開設の許可を受け、又は設置の届出がなされた別表に掲げる施設、事業所等をいう。以下同じ。）を開設し、又は設置している者とする。ただし、令和８年９月１日から交付申請日までの間において、次の各号のいずれかに該当する者を除く。

（１）　休業若しくは廃止の届出がなされている者又は指定を取り消されている者

（２）　公的医療機関の開設者に分類される者

（３）　市税を滞納している者

（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 32 条第１項各号に掲げる者

（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８年 10 月１日から施行する。

（この告示の失効）

２　この告示は、令和９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（大正 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。 （３）あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等	25

	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８年４月１日から令和８年９月 30 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。

３　一の事業所において、この要綱に基づく支援金の対象となる医療機能及び東かがわ市介護・福祉施設等支援金交付要綱（令和８年東かがわ市告示第 130 号）に基づく支援金の対象となる介護機能の双方を有する場合にあっては、双方の支援金を重複して申請し、又は交付を受けることができない。

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	㊞
電話番号	

２　申請（請求）額（令和８年度）＿＿＿＿＿＿＿＿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			

４　添付書類

●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