

申請日を記載。締切は10月31日。

第1号様式（第5条関係）

所在地は、霧島市にある医療機関の住所を記載。押印ください。

令和 7年 7月 ●日

霧島市長 中重 真一 殿

申請者 所在地 霧島市国分中央三丁目45番1号
事業所名 医療法人●●会●●病院
代表者職・氏名 理事長 ●● ●● (TEL45-5111)
担当者 ●● ●● (TEL090-1234-5678)

印

霧島市エネルギー等価格高騰対策支援事業（医療機関等）給付金交付申請書兼請求書

霧島市エネルギー等価格高騰対策支援事業（医療機関等）給付金の交付を受けたいので、霧島市エネルギー等価格高騰対策支援事業（医療機関等）給付金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり申請及び請求します。

該当する区分に☑を入れる。

1 医療機関等の区分（該当欄に☑を入れてください）

区分	<input checked="" type="checkbox"/>	① ＊病院又は病床のある医科診療所（●●床）
	<input type="checkbox"/>	② 医科診療所
	<input type="checkbox"/>	③ 歯科診療所
	<input type="checkbox"/>	④ 薬局

病院または病床のある医科診療所は病床数を記載。

※ 病院又は病床のある医科診療所は病床数を記入してください。

2 市税の納入状況 滞納あり 滞納なし（該当欄に☑を入れてください）
市税に滞納がある医療機関等は、給付金の対象外

市税の納入状況について該当欄に☑を入れる。

3 申請及び請求の額

給付金の額	●●●●, ●●●● 円
-------	--------------

該当する区分の金額を記入

- ・病院、診療所(50床以下) 250,000円
- ・病院、診療所(51~100床) 500,000円
- ・病院、診療所(101~150床) 750,000円
- ・病院、診療所(151床以上) 1,000,000円
- ・病院、診療所(病床なし) 150,000円
- ・歯科診療所 150,000円
- ・薬局 100,000円

4 振込先

金融機関名	●●銀行	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
支店名	●●支店	フリガナ イリヨウホウジン マルマルカイ マルマルビョウイン							
口座種別	普通	口座名義人 医療法人●●会●●病院							

振込先を記載。通帳の写しも提出してください。

第2号様式（第5条関係）

誓約書兼同意書

当事業所（私）は、「霧島市エネルギー等価格高騰対策支援事業（医療機関等）給付金」の交付を申請するにあたり、下記の内容について誓約及び同意します。

記

- 1 記載事項及び証拠書類等の内容に虚偽はありません。
- 2 霧島市から検査、報告、是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。
- 3 不正受給が判明した場合には、給付金の支給の取消及び返還に異議なく応じます。
- 4 以下(1)から(7)までに該当する法人等ではありません。
 - (1) 霧島市暴力団排除条例（平成25年霧島市条例第5号）第2条第1号に規定する暴力団及び同条第2号に規定する暴力団員
 - (2) 役員等が暴力団員であるなど、暴力団又は暴力団員が、その経営を実質的に支配している法人等
 - (3) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している法人等
 - (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の運営に協力し、又は関与している法人等
 - (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している法人等
 - (6) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら不当な行為をするためにこれらを利用している法人等
 - (7) (1)から(6)までのいずれかに該当する法人等であることを知りながら当該法人等と取引をしている法人等
- 5 霧島市長が、上記4を確認するため、必要な事項を鹿児島県警察本部長に照会することについて同意します。
- 6 給付金の交付事務に係る審査の範囲で、申請者に係る所得並びに市税の課税及び納付の状況を照会・調査することに同意します。

以上

申請書兼請求書の記載内容と一致しているか確認してください。

令和 7年 7月 ●日

霧島市長 中重 真一 殿

所在地 霧島市国分中央三丁目 45 番 1 号
事業所名 医療法人●●会●●病院
代表者職・氏名 理事長 ●● ●●

印