

別記第 1 号様式

社会福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金給付申請書

令和 7 年〇月〇日

和歌山県知事 様

申請者住所	和歌山市▽▽ 1 - 1 (法人の所在地を記載してください)
フリガナ	カブ シキカ イシャワヤマ
申請者名称 (個人事業主の場合は空欄)	株式会社和歌山
フリガナ	ダイョウトリマリヤク ワヤマ〇〇
役職名及び代表者名 (個人事業主の場合は氏名)	代表取締役 和歌山〇〇
連絡先電話番号	073-441-〇〇〇〇
フリガナ	イデ □□
担当者名	岩出□□
日中連絡先	073-441-△△△△
メールアドレス	◇◇◇◇@pref.wakayama.lg.jp

社会福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金（別紙個票の枚数 2 枚の申請金額の合計 40,000 円）の交付について、社会福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第 6 の規定により、関係書類を添えて申請します。

別紙の小計をすべて合計した金額を
記入してください。

別紙個票の枚数を
記入してください。

関係書類 （必要な書類の添付を確認後、必ず□にチェックしてください。）

☒ 支援金交付申請書の別紙（個票）

※介護サービス事業所等、障害福祉サービス事業所は「申請額一覧」を各々添付

☒ 誓約書（別記第 2 号様式）

☒ 振込先口座確認書（別記第 3 号様式）

※申請者が、法人の場合は法人名義の口座、個人事業者の場合は申請者本人名義の口座

☒ 役員名簿（別記第 4 号様式）※法人の場合のみ

※別紙は1施設ごとに1枚作成してください。

要綱第3（1）ア、イに該当する介護・障害福祉サービス事業を運営する医療機関は、それぞれ「介護サービス事業所等用」、「障害福祉サービス事業所用」の別紙を併せてご提出ください。

施設名称	和歌山さいちゃん薬局◆◆店
施設所在地	和歌山市◆◆1-2-3

施設類型			単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院 ※	一般・療養病床	高度急性期	50,000	円/病床			
		急性期	25,000	円/病床			
		回復期	15,000	円/病床			
		慢性期	15,000	円/病床			
	精神病床		15,000	円/病床			
	感染症病床		25,000	円/病床			
	結核病床		25,000	円/病床			
診療所 ※	有床診療所〈病床数が2床以上〉		15,000	円/病床			
	有床診療所〈病床数が1床〉		20,000	円/事業所			
	無床診療所(医科、歯科)		20,000	円/事業所			
施術所	はり師、きゅう師、あんま師、柔道整復師		20,000	円/事業所			
歯科技工所	歯科技工所		16,500	円/事業所			
薬局	薬局		20,000	円/事業所	3041234567		20,000
小計							20,000

304 + 7桁の保険薬局コードを記入してください。
保健所から発行されている薬局開設許可証の許可番号ではありません。

※ 病床数の記載については、別添「病床数の計上方法について」をご参照ください。

特別高圧加算【特別高圧で受電する施設のみ記載してください。】（注意）高圧は対象ではありません。

				電気使用量[kWh]	申請金額
使用月	令和7年1月～2月	1.3	円/kWh		
	令和7年3月	0.7	円/kWh		
小計 ※小数点以下切り捨て					

◎提出の際は、特別高圧で受電していることを証する書類及び電気使用量が分かる書類を必ず添付してください。

食材料費支援【病院及び有床診療所のみ記載してください。】

施設類型	単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院	9,140	円/病床			
有床診療所	9,140	円/病床			

◎休床中の許可病床数も含む。（ただし、申請時点で許可病床が全て休床中の場合は交付対象外）

【申請にあたっての留意事項】
● 事業休止中は、交付対象外です。

※別紙は1施設ごとに1枚作成してください。

要綱第3（1）ア、イに該当する介護・障害福祉サービス事業を運営する医療機関は、それぞれ「介護サービス事業所等用」、「障害福祉サービス事業所用」の別紙を併せてご提出ください。

施設名称	和歌山さいちゃん薬局〇〇店
施設所在地	和歌山市〇〇4-5-6

施設類型			単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院 ※	一般・療養病床	高度急性期	50,000	円/病床			
		急性期	25,000	円/病床			
		回復期	15,000	円/病床			
		慢性期	15,000	円/病床			
	精神病床		15,000	円/病床			
	感染症病床		25,000	円/病床			
	結核病床		25,000	円/病床			
診療所 ※	有床診療所〈病床数が2床以上〉		15,000	円/病床	304 + 7桁の保険薬局コードを記入してください。 保健所から発行されている薬局開設許可証の許可番号ではありません。		
	有床診療所〈病床数が1床〉		20,000	円/事業所			
	無床診療所 (医科、歯科)		20,000	円/事業所			
施術所	はり師、きゅう師、あんま師、 柔道整復師		20,000	円/事業所			
歯科技工所	歯科技工所		16,500	円/事業所			
薬局	薬局		20,000	円/事業所	3041234568	20,000	
小計							20,000

304 + 7桁の保険薬局コードを記入してください。
保健所から発行されている薬局開設許可証の許可番号ではありません。

※ 病床数の記載については、別添「病床数の計上方法について」をご参照ください。

特別高圧加算【特別高圧で受電する施設のみ記載してください。】（注意）高圧は対象ではありません。

				電気使用量[kWh]	申請金額
使用月	令和7年1月～2月	1.3	円/kWh		
	令和7年3月	0.7	円/kWh		
小計 ※小数点以下切り捨て					

◎提出の際は、特別高圧で受電していることを証する書類及び電気使用量が分かる書類を必ず添付してください。

食材料費支援【病院及び有床診療所のみ記載してください。】

施設類型	単価		医療機関等コード	病床数	申請金額
病院	9,140	円/病床			
有床診療所	9,140	円/病床			

◎休床中の許可病床数も含む。（ただし、申請時点で許可病床が全て休床中の場合は交付対象外）

【申請にあたっての留意事項】

- 事業休止中は、交付対象外です。

別記第2号様式

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。
(該当する部分に☑してください。全ての項目に☑がある方が申請可能です。)

記

- ☑ 社会福祉施設・医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱（以下「要綱」という。）に定める交付対象者です。
- ☑ 支援金交付申請書の別紙に記載の施設等は、本支援金の交付を受けていません。
- ☑ 和歌山県暴力団排除条例（平成23年和歌山県条例第23号）第2条第3号の暴力団員等又は同条第1号の暴力団若しくは同条第2号の暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- ☑ 禁錮（刑法等の一部を改正する法律（令和4年法律第67号）第2条の規定が施行された場合においては、拘禁と読み替えるものとする。）以上の刑に処せられ、その刑の執行を終わらない者又はその刑の執行を受けることのなくなるまでの者ではありません。
- ☑ 審査の必要に応じ、申請内容について関係機関に情報の提供や照会等を行うことに同意します。
- ☑ 要綱第4に規定する不交付要件に該当することが判明した場合、要綱第14に基づき、交付の決定の全部又は一部を取り消されても何ら異議の申立てを行いません。
- ☑ 提出書類の記載事項に虚偽があった場合は、支援金を一括返還します。

和歌山県知事 様

令和7年〇月〇日

法人名（個人事業主の場合は空欄）

株式会社和歌山

役職名及び代表者名（個人事業主の場合は氏名）

代表取締役 和歌山〇〇

別記第3号様式 振込先口座確認書

- ・通帳の**1ページ目、2ページ目**の写しを貼付してください。
- ・申請者が法人の場合は法人名義の口座、個人事業者の場合は申請者本人名義の口座を貼付してください。
- ・インターネットバンキング等で通帳が無い場合は、金融機関名、支店名、口座種別、口座名義（漢字、カナ両方）、口座番号の分かるもの（インターネット画面等の写し等）を貼付してください。

【通帳1ページ目、2ページ目】



別記第 4 号様式 役員名簿(※法人の場合のみ)

役員名簿

法人名称	株式会社和歌山
------	---------

役職名	フリガナ	住 所	生 年 月 日
	氏 名		
代表取締役	ワヤマ○○	和歌山市■■■ 1 2 3 4	昭和33年○月○日
	和歌山○○		
取締役	カイナン○○	海南市■■■ 1 2 3 4	昭和44年○月○日
	海南 ○○		
取締役	ハシモト○○	橋本市■■■ 1 2 3 4	平成 5 年○月○日
	橋本 ○○		
取締役	アリタ ○○	有田市■■■ 1 2 3 4	平成11年○月○日
	有田 ○○		

※ 法人の登記事項証明書に記載されている役員全員（現在就いている方）について記載してください。

※ 収集した個人情報については、社会福祉施設等原油価格・物価高騰対策支援金に係る事務についてのみ使用し、その他の目的のためには使用しません。ただし、必要と認める場合は、本役員名簿について、警察当局へ照会又は提供することがあります。