

(様式1)

愛知県医療機関経営支援事業 支給申請書兼請求書

愛知県知事 殿

補助金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請年月日	2026	年	6	月	8	日
-------	------	---	---	---	---	---

1. 申請者の情報

フリガナ	アイチ タロウ	住所・所在地 院長などの職名の記入は不要です。	〒 460 - 8501			
開設者(申請者) ※法人の場合は代表者職氏名まで記載	愛知 太郎		名古屋市中区三の丸3丁目1番地2号			
フリガナ	〇〇クリニック	事務担当者	氏名	愛知 花子		
医療機関等の名称	〇〇クリニック 医療機関コード (231xxxxxxx)		電話番号	052-xxx-xxxx		
			電子メール	xxx@xxx.co.jp		
申請者と口座名義の相違	無		住所(上記と異なる場合)	〒 -		

2. 申請額

賃上げ支援事業	申請額(円)	
物価支援事業	申請額(円)	別紙1より転記してください。
合計	申請額(円)	

3. 申請施設数

有床診療所		訪問看護ステーション	
無床診療所	1	保険薬局	
歯科診療所		合計	1

4. 振込口座

金融機関名	〇〇銀行						金融機関コード	9	8	7	6	支店名	××支店	支店コード	1	2	3
口座番号(右詰め)	1	2	3	4	5	6	7	預金種別	普通		口座名義	愛知 太郎					
口座名義(カナ) (スペースも含めて正確に記載)	ア イ チ タ ロ ウ																

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

↑ 法人又は開設者個人の振込口座を記載してください。

5. 支給申請に関する誓約事項

- 本申請書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する書類等を適切に保管していることを誓約します。
- 健康保険法上の保険医療機関コードが発行されており、令和7年4月1日から本事業の申請時点までに診療報酬請求の実績を有します。
- 各事業に定めのある支給要件を満たしていることを誓約します。
- 本補助金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は県から求められた場合には、これに応じます。
- 本補助金等の交付後、各事業に定めのある返還事由に該当した場合は各事業に係る補助金の全額を返還します。

上記の内容を確認しました。

6. 賃上げ支援のその他要件を満たすことの確認・誓約事項

- 本事業の交付額を活用してベースアップを実施し、令和8年6月1日から当該ベースアップの水準を維持又は拡大する。
- 賃金表等や給与規程等の変更に関し、本事業の交付額を活用して一時金又は特別手当を支給し、令和8年6月1日から支給した対象職員のベースアップを実施する。
- 令和7年度の対象職員のベースアップが令和7年3月31日時点の賃金水準と比較して2.0%を上回って実施しており、令和7年12月から令和8年5月までの間の当該2.0%を上回る部分に充てる。
- 本事業の交付額は(1)～(3)のために支出する。
- 本事業により賃金改善を行う時点から令和8年5月までの間、賃金項目(業績等に応じて変動するものを除く。)の水準を低下させていない。
- 著しく偏った配分は行っていない。
- 労働基準法、労働災害補償保険法、最低賃金法、労働安全衛生法、雇用保険法その他の労働に関する法令に違反し、罰金以上の刑に処せられていない。
- 労働保険料の納付が適正に行われている。

(3) は該当する場合のみ

上記の内容を確認しました。(申請する場合は必ずチェックしてください)

7. 申請者と口座名義人が異なる場合の委任事項 (該当する場合のみ記入)

私は下記の者を代理人と定め、本補助金についての受領、返納及び精算に関する一切の権限を委任します。

なお、4の振込口座は法人が管理しているなどの事業用口座です。

(受任者) 口座名義人に関する必要事項を記入

住所	〒 -
受任者名 (法人の場合は受任者の所属・職氏名)	