

申請日 令和5年1月17日

群馬県知事 殿

着色のセルに必要な事項を入力してください

住所又は所在地 前橋市大手町1-1-1
 開設者名及び代表者氏名 群馬調剤薬局 代表取締役 赤城 太郎

物価高騰対策に取り組む医療・介護・福祉施設支援給付金支給申請書 **（共通）**

物価高騰対策に取り組む医療・介護・福祉施設支援給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 **50,000** 円

申請の対象となる施設について記載してください。

※分野を選択してから、区分を選択してください

施設区分	分野(必須)	医療							区分(必須)	薬局	
(フリガナ) 半角カタ	ゲンマチョウザ イツキョク										
施設名称 ※すべて全角	群馬調剤薬局										
医療機関コード 介護保険事業所番号 登録記号番号											※10桁です。 ※該当でない場合は記入不要です。 ※施術所は、登録記号番号を記入してください。
所在地	〒	3	7	1	-	8	5	7	0		
	住所	都道府県	市区町村以降					マンション/アパート名等			
		群馬県	前橋市大手町1-1-1								

(病院又は4床以上の有床診療所の場合) 許可病床数等を記入してください。

医療法の許可病床数		床
上記医療法の許可病床以外の、新型インフルエンザ感染症等特別措置法に基づく増床分(コロナ対応)		床
計	0	床

(介護・障害者・救護施設の場合) 入所施設については、申請日時点における定員数を記入してください。

定員数 人

2 振込口座情報を入力してください。

金融機関名	群馬銀行	金融機関コード	0	1	2	8			
支店名	県庁支店	支店コード	1	0	3				
預金種類 1:普通 2:当座 4:貯蓄	1	口座番号(左詰)	1	2	3	4	5	6	7
(フリガナ) 半角カタ・スペース不要	カブ シカ イヤグ マチョウザ イツキョク タ イホウトリマリヤク アカギ タロウ								
取引口座名	株式会社群馬調剤薬局 代表取締役 赤城 太郎								

※ゆうちょ銀行は口座見開き部の7桁の口座番号を記入してください。

3 当該申請に係る担当者の情報を入力してください。

担当者職名	店長	氏名	赤城 花子
電話番号 (左詰・ハイフン不要)	0	2	7 2 2 6 2 5 3 3
メールアドレス	gunmatarou	@	pref.gunma.lg.jp

4 貴施設で物価高騰に対して取り組んでいるもの及び取り組む予定があるものを記入してください。
(少なくとも2つ以上)

No	物価高騰に対する取組内容
1	使用していないエリア（調剤室、待合所、事務室等の開局時間外等）は消灯を徹底する。
2	調剤室、待合所、事務室等でそれぞれ適切な温度設定を行う。
3	調剤に必要な薬袋、紙、薬瓶等の消耗品について調達方法の見直しを行う。

5 下記事項に同意する場合は右欄に○を記入してください。

※同意いただけない場合（×を記入された場合）は給付金を支給することができません。

- ① 給付対象者の要件を満たしていること
- ② 給付のために提出した書類に虚偽がないこと
- ③ 支援金を重複して申請しないこと
- ④ 群馬県暴力団排除条例に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと
- ⑤ 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じること
- ⑥ 個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有することに同意すること
- ⑦ 支援金の支給後、物価高騰をきっかけに新たに取り組んだ省エネルギー対策について、群馬県からの調査に応じること
- ⑧ ご記入いただいた内容（施設名及び4で記載した物価高騰に対する取組内容）は、各事業者で参考にできるよう、群馬県ホームページに公表することに同意すること

6 必要な添付書類

下記について添付されていることを確認し、○を記入してください。

 ・振込先の通帳の写し（取引口座名等が確認できるページ）

 ・（代表者以外の口座に振り込みを希望する場合）委任状（参考様式1）

（助産所の場合）

 ・出産育児一時金等の受取代理制度を導入していることが分かるもの 又は
 ・市町村から委託を受けて産後ケア事業、産婦健診、妊婦健診等を実施していることが分かるもの

（登録記号番号が「契」からはじまる柔道整復の施術所の場合）

 ・登録記号番号が確認できるもの

（薬局の場合）

 ・保険薬局指定通知書の写し

(参考) 薬局の場合、以下の質問もお答えください。

令和2年度に行われた「群馬県医療機関・薬局等における感染拡大防止等支援事業に係る補助金」の交付を受けた場合は○を記入してください。