

別表2

No.	申請書項目	備考
1	申請日	
2	申請者	
3	代表者名	
4	施設の区分（分野）	
5	医療機関等の区分	医療機関、薬局等のみ
6	介護施設の区分	介護施設のみ
7	障害施設の区分	障害施設のみ
8	児童養護施設等の区分	児童養護施設等のみ
9	保険医療機関コード	病院、診療所、薬局のみ
10	登録記号番号	施術所のみ
11	登録記号番号が確認できるもの	登録番号が「契」からはじまる柔道整復の施術所の場合のみ添付
12	群馬県助産師会の市町村委託母子保健事業への参加の有無	助産所のみ「参加している」「参加していない」から選択
13	出産育児一時金等の受取代理制度を導入しているもの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、産後検診、妊婦健診等を実施していることが分かるもの	12で「参加していない」を選択した助産所のみ添付
14	保険診療が適用される歯科補綴物等を令和7年4月1日以降作成し、修理し、又は加工したことを確認できるもの（歯科技工指示書等）	歯科技工所のみ添付
15	令和7年4月1日から令和8年3月31日の間において、県内市町村から補装具費の支払い対象となる補装具の販売実績があることを確認できるもの	補装具事業所のみ添付
16	保険薬局指定通知書の写し	薬局のみ添付
17	介護保険事業所番号（障害指定事業所番号）	介護施設、障害施設のみ
18	施設名称（フリガナ）	
19	施設所在地郵便番号	
20	施設所在地の住所	
21	申請日時点の病床数	病院、有床診療所のみ
22	申請日時点の定員数	救護施設、通所系・入所系施設の介護施設・福祉施設、児童養護施設等
23	R7年度中の同一建物減算※の有無	訪問系の介護事業所・居宅介護事業所（障害福祉サービス）のみ ※詳細は別表1に明記
24	支援給付金申請額	
25	振込口座名義人の確認	振込口座名義と代表者名義の関係を記載
26	委任状	振込口座名義と代表者名義が異なる場合添付
27	金融機関名	
28	支店名	
29	預金種類	
30	口座番号	
31	振込口座名義（カタカナ）	
32	振込口座通帳の写し	口座番号、口座名義等が確認できる通帳の写しを添付
33	担当者部署・職名	
34	担当者氏名	
35	連絡先電話番号	
36	連絡先メールアドレス	