

D：保險藥局

<施設等が1つのみの場合>

記載例

D

D 保険薬局

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~G用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、Gに該当がある場合)

	名/世帯 ※申請日の前月末時点の数
--	-------------------

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

40,000	円 (=①+②)
40,000	※入所施設: 80,000円、入所施設以外: 40,000円
	※入所施設: 10,000円

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシャ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

D

複数店舗経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

D 保険薬局

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名(店舗名、園名等)

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

様式1-1号に記載のとおり

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、Gに該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

160,000	円 (=①+②)
160,000	

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

マルマル カブシキガイシヤ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガン			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシヤ			
1234567			

