

交付申請書

【記載例】

島根県知事 様

島根県医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業費給付金(薬局分)の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

1. 申請者の情報

7ケタの保険薬局コードを入力してください。

申請年月日	2026	年	4	月	15	日	
薬局	薬局の名称	島根県庁薬局				薬局の所在地	〒 690 - 8501
	管理者氏名	島根 花子					島根県松江市殿町1番地
	保険機関コード	123XXXX					
開設者	氏名 (法人の場合は法人名)	株式会社 島根県庁				開設者 住所 (法人の場合は 所在地)	〒 690 - 0887
	代表者 職名 (法人の場合)	代表取締役					島根県松江市殿町2番地
	代表者 氏名 (法人の場合)	島根 太郎					

2. 事務担当者連絡先

事務担当者	氏名	松江 次郎	ファックス番号	0852-22-XXXX
	電話番号	0852-22-XXXX	メールアドレス	shimane@pref.shimane.lg.jp

交付申請額は、別のシートから自動入力されます。
金額は念のためご確認ください。

3. 交付申請額

薬局賃上げ支援事業	145,000	円	→ 別シートより自動入力されます。
薬局物価支援事業	85,000	円	→ 別シートより自動入力されます。
合計	230,000	円	

4. 振込口座

振込口座情報は、原則として開設者のものとしてください。

金融機関名	島根県庁銀行	金融機関 コード	0123	支店名	まつえ支店	支店 コード	123
口座番号 (右詰め)	x x x x x x x	預金種別	普通	フリガナ	カ) シマネケンチョウ		
				口座名義人	株式会社 島根県庁 代表取締役 島根太郎		

※ 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。

5. 交付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
- 本給付金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます
- 本給付金等の給付後、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給付金の全額を返還します