

様式第1号（第4条関係）

## 埼玉県医療提供施設等光熱費高騰対策支援金 申請書兼請求書【LPガス用】

令和 7年 月 日

(宛先)  
埼玉県知事

提出日を記載してください。

埼玉県医療提供施設等光熱費高騰対策支援金の  
交付を受けたいので、別紙の書類を添えて次のとおり申請します。

- ※ ご記入の際は、消えないインクのボールペンで記入をお願いします。
- ※ 申請書は機械で文字を読み取り判読します。枠内に丁寧に記入をお願いします。
- ※ 申請前にコピーを取り保管してください(事務局より再提出をお願いする場合がございます)。

誓約・同意	<input checked="" type="checkbox"/> 裏面の【誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 (裏面の誓約事項を御確認のうえ、チェック☑をしてください。)
-------	---

## 1 申請者の情報

対象者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 (いずれかにチェック☑してください。)
	フリガナ イリョウハウジン ●●●
法人の名称 ※法人のみ	医療法人 ●●●
代表者の職名 ※法人のみ	理事長
代表者の氏名	フリガナ ●●● ●●
	●●● ●●
本店所在地※ 又は住所	〒 3 3 0 - 9 3 0 1
	埼玉 都道府県 さいたま市浦和区 市区町村
	高砂 3 - 1 5 - 1
本支援金に 関する連絡先	担当者名 ●● ●●●
	日中連絡のとれる 電話番号 000-000-0000
	メールアドレス aaa@ aaaaaaaa. jp

本支援金の申請を担当する方の  
氏名等を記載してください。

※本店所在地は、登記上の本店を記入してください。

※交付決定・不交付通知書は、上記申請された本店所在地（住所）、代表者様宛に送付されます。

書類管理番号  
(事務局使用欄)

# 記入例

## 2 申請金額の算定

事業を営んでいる医療提供

病床数は、県から対象施設に送付した通知文に記載されています。

LPガスのみを使用している施設は「1」を記入してください。

(令和7年7月1日現在)

施設区分 (該当するものに☑)	ガスの契約形態	交付額 ⑦	事業を営んでいる 医療提供施設数⑧		LPガスの 使用割合⑨ (※)	合計額 ⑩ (⑦×⑧×⑨)
			床	(施設)		
<input type="checkbox"/> 病院、 有床診療所、 分娩取扱助産所(A)	LPガス	10,000 円	床	(施設)		円
<input type="checkbox"/> 無床診療所 (歯科を除く) (B)	LPガス	6,000 円		施設		円
<input type="checkbox"/> 無床診療所 (歯科) (C)						円
<input type="checkbox"/> 薬局 (保険薬局に限る) (D)	LPガス	6,000 円		施設		円
<input type="checkbox"/> 施術所 (E)	LPガス	3,000 円		施設		円
<input type="checkbox"/> 歯科技工所 (F)	LPガス	3,000 円		施設		円
合計				施設		円

分娩取扱を行わない助産所は、施設区分 (B) にチェックをしてください。

2施設以上申請の場合は、様式第2号に記載した施設の合計を記入してください。

※ LPガスの使用割合

医療施設内でLPガス以外を使用している場合はLPガスの使用割合を算定してください。

医療施設内でLPガスのみを使用している場合はLPガスの使用割合は「1」としてください。

LPガスの使用量⑦		LPガス以外の使用量⑧		使用割合 ⑨【⑦÷(⑦+⑧)】 小数点第3位切捨
m <sup>3</sup>	(令和7年 月分)	m <sup>3</sup>	(令和7年 月分)	

※使用割合の算定は、ガスの使用月は同一月で直近(概ね半年以内)の使用量で算定してください。

※該当月の使用量が確認できる書類(検針票等)を添付してください。

LPガスのほかに都市ガス等を使用している場合は、同一月の使用量でLPガスの使用割合を算定してください。

書類管理番号  
(事務局使用欄)

2施設以上の申請をする場合はここにチェックを入れ、様式第2号を記載して提出してください。

記入例

3 申請対象施設

一覧は様式第2号のとおり

施設区分	<input type="checkbox"/>	病院、有床診療所、分娩取扱助産所(A)	<input type="checkbox"/>	無床診療所（歯科を除く）(B)
	<input type="checkbox"/>	無床診療所（歯科）(C)	<input type="checkbox"/>	薬局(D)
	<input type="checkbox"/>	施術所(E)	<input type="checkbox"/>	歯科技工所(F)
施設名称				
施設所在地	〒			
	埼玉	県		
支援金コード(11桁)				

※支給対象事業所を2施設以上有する場合は「一覧は様式第2号のとおり」にチェックし様式第2号を添付してください。

4 支援金振込口座依頼

「埼玉県医療提供施設等光熱費高騰対策（法人の場合は法人名義の口座、個人事業これ以外の口座への振込みはできません。）

1施設のみ申請の場合、様式第2号の提出は不要です。上記表に必要事項を記載してください。

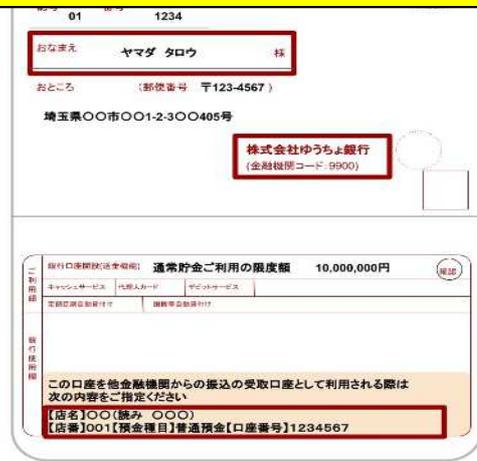
金融機関名	銀行 信金・信組 農協	金融機関コード (4桁)			
支店名	本店 支店	支店コード (3桁)			
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (※)			
口座名義 (カタカナ)	カタカナで記入してください。				

※口座番号は右詰めでご記入ください。

金融機関名、口座番号、口座名義等は通帳の見開きページ

※振込先がゆうちょ銀行の場合は、口座番号（記号・番号）記入してください。

金融機関名、口座番号、口座名義等は通帳の見開きページ（通帳を開いた1・2ページ）に記載されています。ご確認の上、内容をご記入ください。



令和6年度申請  
(事務局使用欄)

書類管理番号  
(事務局使用欄)

5 誓約事項

埼玉県医療提供施設等光熱費高騰対策支援金の交付を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

以下の全ての誓約事項を御確認の上、表紙の誓約・同意欄にチェック  してください。

記

誓約事項

①令和7年7月1日現在において、医療法等に基づく開設許可又は届出を行い、事業を営んでおり、交付申請日時点において、事業に必要な許可等を全て有したうえで事業を実施しており、今後も事業継続の意思がある（令和7年10月31日までに休止・廃止をする見込みがない）ことを認めます。

②埼玉県内に医療提供施設等を有する事業者です。

③本申請書兼請求書の3「申請対象施設」及び「対象施設一覧（第2号様式）」に記載の事業所は、令和7年7月1日現在において、医療法等に基づく開設許可又は届出を行い、事業を営んでいる医療提供施設等で、LPガスを使用している事業所です。

④（歯科技工所のみ）

令和6年4月～令和7年10月の間に医療保険が適用される歯科技工を行っています。

⑤本支援金を重複して申請していません。また、令和7年7月1日以降、埼玉県の他の光熱費等高騰対策支援金を重複して申請していません。

⑥埼玉県から検査、報告及び是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。

⑦代表者、役員、従業員又は構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は反社会的勢力（暴力団等）に属しておらず、かつ、暴力団等が経営に事実上参画していません。

⑧本支援金の申請及び交付に関する情報が、本事業の適切な執行を正当な理由において、埼玉県警察その他の行政機関等に共有される場合があることに同意します。

⑨この申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消や本支援金の返還等に応じます。また、この取消等により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。