

埼玉県医療提供施設等光熱費高騰対策支援金 対象施設一覧

法人名 又は個人名	
--------------	--

**支給対象は、申請者が自らLPガス契約をしている医療提供施設等です。**

1. 埼玉県内の医療提供施設等の名称及び所在地(令和7年7月1日現在)

- (注1)施設名は略さずに届出されている正式名称を記入してください。
- (注2)施設区分A「病院・有床診療所・分娩取扱助産所」を選択した場合は、必ず「病床数」の欄に許可病床数を記載してください。
- (注3)支援金コードは本支援金の通知文に記載された11桁の番号を記入してください。
- (注4)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。

2. 該当の施設区分を以下A~Fよりご選択ください。

病院、有床診療所、分娩取扱助産所・・・A      無床診療所(歯科を除く)・・・B      無床診療所(歯科)・・・C  
 薬局(保険薬局に限る)・・・D      施術所(あはぎ・柔整に限る)・・・E      歯科技工所・・・F

3. LPガスの使用割合を記入してください。

LPガスのみ使用している場合は「 1 」を、LPガス以外のガスを併用している場合は LPガスの使用割合(0.01~0.99)を入力

**様式第1号 2施設以上申請する場合は、申請書兼請求書の3 申請対象施設に記載のある施設を含め、申請をする全施設の記入をしてください。**

施設数	施設名	所在地	施設区分 (A~F)	病床数 (施設区分A の場合は記入)	LPガスの使 用割合	交付額(円)	支援金コード (数字11桁)
1施設目							
2施設目							
3施設目							
4施設目							
5施設目							
6施設目							
7施設目							
8施設目							
9施設目							
10施設目							
11施設目							
12施設目							
13施設目							
14施設目							
15施設目							
16施設目							
17施設目							
18施設目							
19施設目							
20施設目							
21施設目							
22施設目							
23施設目							
24施設目							

施設数	施設名	所在地	施設区分 (A~F)	病床数 (施設区分A の場合は記入)	LPガスの使用割合	交付額(円)	支援金コード (数字11桁)
25施設目							
26施設目							
27施設目							
28施設目							
29施設目							
30施設目							
31施設目							
32施設目							
33施設目							
34施設目							
35施設目							
36施設目							
37施設目							
38施設目							
39施設目							
40施設目							
41施設目							
42施設目							
43施設目							
44施設目							
45施設目							
46施設目							
47施設目							
48施設目							
49施設目							
50施設目							
51施設目							
52施設目							
53施設目							
54施設目							
55施設目							
56施設目							
57施設目							
58施設目							
59施設目							
60施設目							

※行が不足する場合はコピーしてご利用ください。

書類管理番号 (事務局使用欄)	
--------------------	--