

様式第2号(第5条関係)

埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金 対象施設一覧

法人名 又は個人名	
--------------	--

支給対象事業所を2施設以上有する場合は、下記ご記入ください。

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2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(あはき・柔整に限る)…E / 歯科技工所…F

3. 該当の電気契約を以下①～③よりご選択ください。【E: 施術所、F: 歯科技工所は選択不要です。】

特別高圧契約・・・① / 高圧契約・・・② / その他(低圧契約等)・・・③

4. 該当のガス契約を以下a-bよりご選択ください。【A:病院、有床診療所、分娩取扱助産所は選択不要です。】

都市ガス・・・a / その他(LPガス等)・・・b

様式第1号 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。

[illegible]

施設数	施設名	所在地	施設区分 (A～F)	電気の 契約形態	ガスの 契約形態	交付額 (円)	病床数	支援金コード (数字11桁)										
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)	
--------------------	--