

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 8 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	☐ 【5 誓約・同意事項】に誓約・同意の上、申請します。 （裏面の誓約・同意事項を御確認のうえ、チェック☑をしてください。）									
申請書の記載前に誓約・同意事項をご確認いただき「レ点」でチェックを記載してください。										
対象者区分	事業主 （いずれかにチェック☑してください。）									
申請者名 （開設者名）	フリガナ	開設者が法人の場合は代表者の 職名と氏名も記載してください。								
代表者の職名 ※法人のみ										
代表者の氏名 ※法人のみ	フリガナ									
本店所在地※ 又は住所	〒				—					
				都道府県						市区 町村
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									
	メールアドレス	@								

※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）

2 申請金額の算定

事業を営んでいる医療提供施設等（県

算定したLPガスの使用割合を記載してください。
※対象施設でLPガスのみを使用している場合は「1」を記載してください。

（令和8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）
☐ 病院、 有床診療所、 助産所（分娩あり）（A）	LPガス	12,000 円	床（施設）		円
☐ 無床診療所 （歯科を除く）（B）	LPガス	8,000 円			円
☐ 無床診療所 （歯科）（C）	LPガス	8,000 円			円
☐ 薬局 （保険薬局に限る）（D）	LPガス	8,000 円	施設		円
☐ 施術所（E）	LPガス	4,000 円	施設		円
☐ 歯科技工所（F）	LPガス	4,000 円	施設		円
☐ 助産所 （分娩なし）（G）	LPガス	8,000 円	施設		円
合計			施設		円

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ガスの使用割合（施設区分Aの場合は記入してください）

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。

対象施設でLPガス以外を使用している場合は使用割合を算定してください。

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	（令和 年 月分）	m	（令和 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6か月以内）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。

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号も提出してください。

3 申請対象施設 ☐ 一覧は様式第2号のとおり

施設区分	☐	病院、有床診療所、助産所（分娩あり）(A)	☐	無床診療所（歯科を除く）(B)						
	☐	無床診療所（歯科）(C)	☐	薬局(D)						
	☐	施術所(E)	☐	歯科技工所(F)			☐	助産所（分娩なし）(G)		
施設名称										
施設所在地	〒				—					
	埼玉		県							
病床数				床						
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。
※対象施設の支援金コード（11桁）は本支援金の通知文に記載されています。

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支援金」は下記の口座に振り込んでください。
※法人の場合は法人名義の口座、個人事業主の場合は申請者御本人名義の口座を指定してください。

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	☐ 普通 ☐ 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（通帳を開いた1・2ページ）に記載されています。
※振込先がゆうちょ銀行の場合は、口座番号（記号・番号）を他銀行の形式（店名・支店名・口座番号）で記入してください。

振込先の口座情報が分かる書類（預金通帳の写しなど）を添付してください。

普通預金

おなまえ ヤマダ タロウ 様

店番 001 口座番号 1234567

〇〇〇〇銀行
【銀行コード：01234】
口座店 **支店
TEL：01-2345-6789

記号 番号 01 1234

おなまえ ヤマダ タロウ 様

おところ (郵便番号 〒123-4567)

埼玉県〇〇市〇〇1-2-3〇〇405号

株式会社ゆうちょ銀行
(金融機関コード:9900)

銀行口座開設(通金機能) 通常貯金ご利用の限度額 10,000,000円

ご利用サービス
キャッシュサービス 残高入カード サービスサービス
定期定額自動引き付け 定期等自動引き付け

銀行使用用途
この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください
【店名】〇〇(読み 〇〇〇)
【店番】001【預金種目】普通預金【口座番号】1234567

令和8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・同意事項

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・同意します。

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

記

誓約・同意事項

①令和8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8年11月30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8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令和8年度の埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金の交付決定を受けた時点から以下のいずれにも該当していないのでガスの契約形態を証する資料の添付を省略します（交付決定を受けていない又は以下のいずれかに該当するのでガスの契約形態を証する資料を添付します）。

- ・ガスの契約形態に変更がありません。
- ・開設主体（申請者）に変更がありません。
- ・医療提供施設の所在地の変更又は建て替えを行っていません。

⑤本支援金を重複して申請していません。また、令和8年7月1日以降、埼玉県の他の光熱費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本事業の適切な執行のための正当な理由がある場合には、本支援金の申請及び交付に関する情報を、埼玉県警察その他の行政機関等に共有す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。

書類管理番号
(事務局使用欄)