

0. はじめに

※本一時支援金は保険診療を行っている施術所が支給対象となります(令和7年度中に保険診療がない場合は、支給対象外です)  
 ※複数の業種(あん摩・はり・きゅう・柔道整復)が同一施設で業務を行っている場合は、1施設としての申請となります。

郵送での申請期間は、  
 令和8年2月20日(金)まで(当日消印有効)です。

この欄は、「病院」「有床診療所」のみの記入欄です。  
 保険薬局で申請される方は、記入不要です。  
 ※保険薬局の申請額は、一律43,000円です。

申請日 令和8年 2 月 3 日

1. 申請者情報

| 業種 | 医療機関等 分類 |
|----|----------|
| 5  | 保険薬局     |

10桁の番号をご存じの方は、上3桁を取った番号をお書きください。  
 例: 「281【1234567】」の下7桁をご記入ください。

| ＜申請項目＞     |          | 床      |
|------------|----------|--------|
| ①病床数       | 入力(半角数字) |        |
| ②単価        | 自動反映     | 43,000 |
| ③申請額 (①×②) | 自動反映     | 43,000 |

一セルが黄色背景になった場合は入力必須

| ＜申請項目＞ |          | ＜入力規則＞    |  |
|--------|----------|-----------|--|
| 申請コード  | 入力(半角数字) | 7桁の医療機関番号 |  |
|        |          | 1234567   |  |

「C11セル：医療機関等 分類」によって表示内容が変動するためご注意ください

※「柔道整復」と「はり・きゅう・あん摩」を同時もしくは併設している医療機関等については、申請コードが2パターンあるのをご確認ください

①事前送付済の「支援一時金申請の手引き」に一時支援金申請番号用紙が同封されていた(事業案内と申請コード用紙の2紙が封入されていた場合)

→ 申請コード：7から始まる7桁の一時支援金申請番号

②事前送付済の「支援一時金申請の手引き」に一時支援金申請番号用紙が同封されていなかった場合(事業案内のみ封入されていた場合)

→ 申請コード：「契」「協」「」を除く、「柔道整復」の9桁の登録記号番号

| ＜申請項目＞          |              | ＜入力規則＞              |          |
|-----------------|--------------|---------------------|----------|
| 申請者の種別          | フルダウン        | 法人                  |          |
| 法人格種別           | フルダウン        | (株) その他欄→           |          |
| 法人格種別           | フルダウン        | その他欄→               |          |
| 法人名称            | 入力(全角)       | 株式会社兵庫県庁薬局          |          |
| 法人住所(郵便番号)      | 入力(半角数字、-あり) | 〒                   | 650-8567 |
| 法人住所(番地除く)      | 入力(全角)       | 兵庫県神戸市中央区下山手通       |          |
| 法人住所(番地)        | 入力(全角)       | 5丁目10番1号            |          |
| 法人住所(建物名、部屋番号)  | 入力(全角)       |                     |          |
| 施設名称            | 入力           | 兵庫県庁店               |          |
| 施設住所(郵便番号)      | 入力(半角数字、-あり) | 〒                   | 650-8567 |
| 施設住所(番地除く)      | 入力(全角)       | 兵庫県神戸市中央区下山手通       |          |
| 施設住所(番地)        | 入力(全角)       | 5丁目10番1号            |          |
| 施設住所(建物名、部屋番号)  | 入力(全角)       |                     |          |
| 開設者名            | 入力(半角カナ)     | 株式会社兵庫県庁薬局          |          |
| 開設者名            | 入力(全角)       | 株式会社兵庫県庁薬局          |          |
| (代表者の)職名        | 入力(全角)       | 代表取締役               |          |
| (代表者の)氏名        | 入力(半角カナ)     | 兵庫 太郎               |          |
| (代表者の)氏名        | 入力(全角)       | 兵庫 太郎               |          |
| (申請に関する担当者の)役職名 | 入力(全角)       | 総務部長                |          |
| (申請に関する担当者の)氏名  | 入力(全角)       | 兵庫 二郎               |          |
| 電話番号            | 入力(半角数字、-あり) | 078-341-7711        |          |
| E-mailアドレス      | 入力           | hyogo@hyogomail.com |          |

一法人か個人か必ず選択してください

一個人の場合は「個人事業主」を選択してください

一名称は省略せずに法人格を含めた正式名称を記入ください。  
 病院の例) ▲▲病院  
 診療所の例) ●●●クリニック  
 診療所の例) 医療法人社団 ●●●クリニック  
 訪問看護ステーション例) ▲▲訪問 訪問看護ステーション  
 薬局の例) ▲▲調剤薬局 ▲▲調剤 訪問看護ステーション  
 ※薬局の場合は、薬局名・店舗名まで記入ください。  
 個人の場合) ▲▲経営者  
 出張業務のみ行う場合) 届出記載の氏名、住所を記入ください。

一名称は省略せずに正式名称を記入ください。

※管理責任者で申請される場合は管理責任者名を入力してください  
 個人事業主⇒姓名欄にスペースを入れて氏名を入力してください

法人⇒法人名称を入力してください

個人事業主⇒姓名欄にスペースを入れて氏名を入力してください

例) 院長など

一姓名欄にスペースをいれて入力してください

例) 事務など

一姓名欄にスペースをいれて入力してください

※令和7年12月1日時点の情報を記載してください。

2. 施術所、助産所、歯科技工所の保険診療の有無等

|                            |          |                  |
|----------------------------|----------|------------------|
| 開設届提出済                     | フルダウン    |                  |
| 保険診療の実施または<br>療養費実費責任の取り扱い | フルダウン    |                  |
| (施術管理者)登録記号番号              | 入力(半角数字) |                  |
| (施術管理者)氏名                  | 入力(全角)   |                  |
| 出張業務のみ(あはき)                | フルダウン    |                  |
| (助産所の開設届)提出済               | フルダウン    | (助産所の開設届) 出張業務のみ |
| (歯科技工所の開設届)提出済             | フルダウン    |                  |

保険薬局の申請をされる方は、回答不要です。

一該当する場合、チェックしてください

※「柔道整復」「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩(出張)」の申請をされる方で、非該当の場合は本支援金の給付対象外となります。

一「柔道整復」「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩(出張)」のみ入力してください

一「契」「協」「」を除いた登録記号番号を入力してください

一「柔道整復」「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩(出張)」のみ入力してください

一「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩(出張)」のみ入力してください

一「助産所の開設届」出張業務のみ

一「助産所」「助産所(出張)」のみ入力してください

一「歯科技工所」のみ入力してください

3. 振込先口座情報 ※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。

|  |          |             |                      |
|--|----------|-------------|----------------------|
| 口座の種別  | プルダウン    | 法人          | ←法人か個人が必ず選択をお願いします   |
| 金融機関名  | 入力（全角）   | 兵庫県庁銀行      |                      |
| 統一金融機関コード（4桁）  | 入力（半角数字） | 1234        |                      |
| 支店名  | 入力（全角）   | 兵庫県庁支店      |                      |
| 支店コード（3桁）  | 入力（半角数字） | 123         |                      |
| 預金種別   | プルダウン    | 普通・総合       |                      |
| 口座番号   | 入力（半角数字） | 〇〇          |                      |
| 口座名義   | 入力（全角）   | 株式会社兵庫県庁事務局 |                      |
| 口座名義（カタカナ）   | 入力（半角カナ） | カキタカチノチノチ   | ←小文字がある場合は大文字で入力ください |
| 振込エラーの原因となっているため、口座名義欄に全角/半角スペースがある場合は「口座名義(カタカナ)」欄へ確実に反映をお願いします。（全角スペース＝半角スペース2回入力） |          |             |                      |
| 開設者名もしくは代表者名と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要となります。   |          |             |                      |
| 委任状提出が必要な方は「委任状原本」の郵送も必須となります。   |          |             |                      |

各欄の記載内容を確認しましたら、右側の欄で「○」を選択してください。必要に応じて、記載内容に関するご対応をお願いします。

4. 各種暫約事項

↑同意いただいた記録として○を選択ください

|       |   |   |
|-------|---|---|
| 暫約事項1 | ○ | 令和7年12月1日時点で指定等を受けており、かつサービスを提供している。  |
| 暫約事項2 | ○ | 業種に係る営業に必要な許可等を全て有している。   |
| 暫約事項3 | ○ | 一時支援金受領後に対象要件に該当しないことが判明した場合、又は偽りその他不正の手段により受領した場合は、一時支援金の支給決定を取り消したうえで、全額返還することに同意する。また、兵庫県が指定する返還期限までに返還されなかった場合、返還額に応じた遅延利息(年 10.95%の割合)が生じることに同意する。   |
| 暫約事項4 | ○ | 個人情報取扱に関して、支援金の給付手続に必要な範囲で業務委託事業者と共有することに同意する。  |
| 暫約事項5 | ○ | 1 暴力団排除条例（平成22年兵庫条例第35号。以下「条例」という。）を遵守し、暴力団排除に協力することについて<br>(1) 条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第3号に規定する暴力団員に該当しないこと。<br>(2) 暴力団排除条例施行規則（平成23年兵庫県公安委員会規則第2号）第2条各号に掲げる者に該当しないこと。<br>(3) 間接補助事業を行う場合においては、上記(1)又は(2)に該当する者に対して間接補助金を交付しないこと。また、業務の一部を第三者に行わせようとする場合においては、上記(1)又は(2)に該当する者をその受託者としてしないこと。<br>(4) 知事が、上記(1)又は(2)を確認するため、必要な事項を兵庫県警察本部長に照会すること、及び当該照会に係る回答の内容を他の補助事業者における暴力団等を排除するための措置を講ずるために利用し、又は兵庫県公安企業管理者及び兵庫県病院事業管理者に提供することについて、異議を述べないこと。   |
| 暫約事項6 | ○ | 兵庫県保健医療部補助金交付要綱第15条に基づき県が行う一切の措置について、異議を述べないこと。<br>第15条 知事は、補助事業者又は間接補助事業者が、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、当該交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。<br>(1) 法令並びにこの要綱及び当該補助事業に係る要綱、要綱その他の規程の規定に違反したとき。<br>(2) 補助金又は間接補助金を補助事業又は間接補助事業以外の用途に使用したとき。<br>(3) 交付決定の内容及びこれに付した条件に違反したとき。<br>(4) 偽りその他不正な手段により補助金又は間接補助金の交付を受けたとき。<br>(5) 暴力団等であるとき。<br>2 知事は、前項の取消しを決定した場合にはその旨を補助金交付決定取消通知書（様式第11号）により当該補助事業者に通知するものとする。<br>3 知事は、第1項の取消しを決定した場合には、その旨及びその取消事由、その取消しに係る補助事業者又は間接補助事業者の名称その他知事が必要と認める事項を公表することができる。<br>4 前項の規定による公表は、その取消事由が悪質かつ重大である場合その他の知事が必要と認める場合に行うものとする。 |
| 暫約事項7 | ○ | 地方自治法第221条第2項に基づき県が行う一切の措置について、異議を述べないこと。<br>第221条 2 普通地方公共団体の長は、予算の執行の適正を期するため、工事の請負契約者、物品の納入者、補助金、交付金、貸付金等の交付若しくは貸付けを受けた者（補助金、交付金、貸付金等の終局の受領者を含む。）又は調査、試験、研究等の委託を受けた者に対して、その状況を調査し、又は報告を徴することができる。  |
| 暫約事項8 | ○ | 上記の申請内容に相違ない。   |

5. 必要書類

| 項目        | 条件   | 詳細条件   | チェック欄                               |
|-----------|------|--|-------------------------------------|
| 1. 本交付申請書 | 必須   | 交付申請書（本申請書、補助金交付申請書）   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. 通帳画像   | 必須   | 通帳見開きと通帳表紙の写し等（統一金融機関コード、お取引店舗、口座番号、口座名義がカタカナで記載されているページ、ネット銀行の場合は各種口座情報が記載されたスクリーンショット） | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. 委任状原本  | 条件次第 | 開設者名もしくは代表者名と口座名義人が異なる場合は委任状が必須  | <input checked="" type="checkbox"/> |

郵送前のご確認にご利用ください。

6. 送付先情報

|      |  |
|------|--|
| 郵便番号 | 〒553-0003  |
| 住所   | 大阪市福島区福島3丁目1番73号コミュニティプラザ大阪6階 NIT マーケティングアクトProCX<br>「兵庫県医療機関等における光熱費等高騰対策一時支援金事務局」宛 |
| 備考   | ※「一時支援金申請書在中」と記載し、簡易書留やレターパックなど追跡可能な方法で送付願います。                                       |

補助金交付申請書

令和 8 年 2 月 3 日

兵庫県知事 様

住 所  
団 体 名  
代表者名  
電話番号  
E-mail

兵庫県神戸市中央区下山手通5丁目10番1号  
兵庫県庁店  
兵庫 太郎  
078-341-7711  
hyogo@hyogomail.com

光熱費等高騰対策一時支援金  
規定により、関係書類を添えて申請します。

43,000

円を交付願いたく、補助金交付要綱第3条の