

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。  
 ※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

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。

病院・有床診療所（2床以上）で申請される方は、令和7年12月1日時点の病床数（※）をご記入ください。  
 ※基準日時点で許可病床数から近畿厚生局へ届出している休床病床数を除いた病床数が対象となります。

申請日 令和8年 2 月 3 日

申請される分類に応じて、ご記入ください。

1. 申請者情報

| 医療機関等 分類        | 対象コード種別                         | 申請コード記入欄(どれか1つのみ記載ください) |
|-----------------|---------------------------------|-------------------------|
| 病院              | 7桁の医療機関番号                       | 1234567                 |
| 診療所（医科・歯科）      | 7桁の医療機関番号                       | 1234567                 |
| 保険薬局            | 7桁の医療機関番号                       | 1234567                 |
| 訪問看護ステーション      | 7桁のステーションコード                    | 1234567                 |
| 助産所、助産所（出張）     | 7桁の一時支援金申請番号                    | 1234567                 |
| 歯科技工所           | 7桁の一時支援金申請番号                    | 1234567                 |
| 施術所（柔道整復）       | 9桁の登録記号番号<br>or<br>7桁の一時支援金申請番号 | 123456789               |
| 施術所（はり・きゅう・あん摩） | 7桁の一時支援金申請番号                    | 1234567                 |

| ①病床数            | 20         |
|-----------------|------------|
| ②単価（無床or1床のみ）   | 43,000円/施設 |
| ②'単価（2床以上）      | 29,000円/床  |
| ③申請額（①×②' or ②） | 580,000    |

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。

「病院・有床診療所（2床以上）」以外で申請される方は、③のみご記入ください。「病院・有床診療所（2床以上）」以外で申請される方の申請額は、一律43,000円となります。

※「柔道整復」と「はり・きゅう・あん摩」を同施設もしくは併設している医療機関等については、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）  
 → ■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  
 → ■申請コード：「契」「協」「-」を除いた「柔道整復」の9桁の登録記号番号

「柔道整復」で申請される方は、「契」「協」「-」を除く登録記号番号（※）をご記入ください。「はり・きゅう・あん摩」で申請される方は、郵送で届いた封筒に封入されている「7桁の一次支援金申請番号」をご記入ください。  
 なお、封筒が届いておらず、7桁の一次支援金申請番号が不明な方は、コールセンターへご連絡ください。（コールセンター電話番号：0570-200-105 平日午前9時～午後5時まで（土日祝、振替休日除く））  
 （※）「柔道整復」で申請される方で、郵送で届いた封筒に「7桁の一次支援金申請番号」を記載した紙が封入されていた場合は、「7桁の一次支援金申請番号」をご記入ください。

|                  |      |                     |   |
|------------------|------|---------------------|---|
| 申請者の種別           | 必須   | 法人                  | 一人か個人が記載してください  |
| 法人格種別            | 法人のみ | (医)                 | 一例) (医)、(社医)、(株)等<br>以下、「申請者の種別」が個人の場合は法人名称～法人住所の欄は記載不要です |
| フリガナ             | 法人のみ | イロコシケンコウケンコウ        |   |
| 法人名称             | 法人のみ | 医療法人兵庫県庁            |   |
| 法人住所（郵便番号）       | 法人のみ | 〒 650-8567          |   |
| 法人住所（番地除く）       | 法人のみ | 兵庫県神戸市中央区下山手通       |   |
| 法人住所（番地）         | 法人のみ | 5丁目10番1号            |   |
| 法人住所（建物名、部屋番号）   | 法人のみ |                     |   |
| フリガナ             | 必須   | イロコシケンコウケンコウ        |   |
| 施設名称             | 必須   | 兵庫県庁病院              |   |
| 施設住所（郵便番号）       | 必須   | 〒 650-8567          |   |
| 施設住所（番地除く）       | 必須   | 兵庫県神戸市中央区下山手通       |   |
| 施設住所（番地）         | 必須   | 5丁目10番1号            |   |
| 施設住所（建物名、部屋番号）   | 必須   |                     |   |
| 開設者名フリガナ         |      | イロコシケンコウケンコウ        |   |
| 開設者名             | 必須   | 医療法人兵庫県庁            |   |
| (代表者の) 職名        | 必須   | 理事長                 |   |
| (代表者の) 氏名フリガナ    |      | イロコシ ケン             |   |
| (代表者の) 氏名        | 必須   | 兵庫 太郎               | 例) 院長など   |
| (申請に関する担当者の) 役職名 | 必須   | 総務部長                | 例) 事務など   |
| (申請に関する担当者の) 氏名  | 必須   | 兵庫 二郎               |   |
| 電話番号             | 必須   | 078-341-7711        |   |
| E-mail           | 任意   | hyogo@hyogomail.com |   |

一名称は省略せずに法人格を含めた正式名称を記載ください。  
 病院の例) 医療法人●●●会  
 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) 医療法人●●●会  
 薬局の例) ●●●株式会社  
 個人例) ●●●接骨院  
 出張業務のみ行う場合) 届出記載の氏名、住所を記載ください。

法人⇒法人名称を記載してください  
 ※管理者口座で申請される場合は管理者名を記載してください  
 個人事業主⇒氏名を記載してください  
 例) 院長など  
 例) 事務など

※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

【病院・診療所で申請される方】  
 2. のうち、開設届の提出、保健診療の実施の有無について、ご確認をお願いします。その下の欄は記入不要です。

|                         |                                     |   |
|-------------------------|-------------------------------------|---|
| 開設届提出済                  | <input checked="" type="checkbox"/> | →該当する場合、チェックしてください。   |
| 保険診療の実施または療養費受領委任の取り扱い有 | <input checked="" type="checkbox"/> | →該当する場合、チェックしてください。<br>※「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。 |
| (施術管理者)登録記号番号           | 123456789                           | →「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<br>→「契」「協」「-」を除いた登録記号番号を入力してください              |
| (施術管理者)氏名               | 兵庫 太郎                               | →「柔道整復」「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩（出張）」のみ   |
| 出張業務のみ(あはき)             | <input checked="" type="checkbox"/> | →「はり・きゅう・あん摩」「はり・きゅう・あん摩（出張）」のみチェックしてください   |
| (助産所の開設届)提出済            | <input checked="" type="checkbox"/> | (助産所の開設届) 出張業務のみ <input checked="" type="checkbox"/>  |
| (歯科技工所の開設届)提出済          | <input checked="" type="checkbox"/> | →「歯科技工所」のみチェックしてください  |

【施術所で申請される方】  
 「(施術管理者)登録記号番号」の欄は、上記の「申請コード記入欄」で記入いただいた「登録記号番号」又は「7桁の一次支援金申請番号」をご記入ください。

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）を記載をお願いします

|                                       |                                     |                          |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 口座の種類別                                | 法人                                  | ←法人か個人か記載をお願いします。        |
| 金融機関名                                 | 兵庫県庁病院                              |                          |
| 統一金融機関コード(4桁)                         | 1234                                |                          |
| 支店名                                   | 兵庫県庁支店                              |                          |
| 支店コード(3桁)                             | 123                                 |                          |
| 預金種別                                  | 普通                                  | ←普通・当座のいずれかを記載をお願いします。   |
| 口座番号                                  | 〇〇                                  |                          |
| 口座名義                                  | 医療法人兵庫県庁                            |                          |
| 口座名義(カタ)                              | イヒコウケンゴウ                            |                          |
| 開設者名もしくは管理者名と口座名義人が異なる場合は委任状が必須となります。 | <input checked="" type="checkbox"/> | ←確認いただきましたら、チェックをお願いします。 |
| 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。        | <input checked="" type="checkbox"/> | ←確認いただきましたら、チェックをお願いします。 |

各欄の記載内容を確認しましたら、右側の欄をチェックしてください。  
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. 各種誓約事項 ↓同意いただいた記録としてチェック欄にチェックしてください

|       |                                     |   |
|-------|-------------------------------------|---|
| 誓約事項1 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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。  |
| 誓約事項2 | <input checked="" type="checkbox"/> | 業種に係る営業に必要な許可等を全て有している。   |
| 誓約事項3 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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。<br>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。   |
| 誓約事項4 | <input checked="" type="checkbox"/> | 個人情報の取扱に関して、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。   |
| 誓約事項5 | <input checked="" type="checkbox"/> | 1 暴力団排除条例(平成22年兵庫県条例第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あっては、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あっては、上記(1)又は(2)に該当する者を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、又は兵庫県公営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。   |
| 誓約事項6 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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、要領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。 |
| 誓約事項7 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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。  |
| 誓約事項8 | <input checked="" type="checkbox"/> | 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   | セルフチェック欄                            |
|-----------|------|--|-------------------------------------|
| 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 | 開設者名もしくは管理者名と口座名義人が異なる場合   | <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  
医療法人兵庫県庁 兵庫県庁病院  
兵庫 太郎  
078-341-7711  
[hyogo@hyogomail.com](mailto: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。

580,000

円を交付願いたく、補助金交付要綱第3条の