

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。

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円ですので、③に43,000と記入いただくようお願いいたします。

申請日	令和8年	2	月	3	日
-----	------	---	---	---	---

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。

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	
診療所(医科・歯科)	7桁の医療機関番号	
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	
助産所、助産所(出張)	7桁の一時支援金申請番号	
歯科技工所	7桁の一時支援金申請番号	
施術所(柔道整復)	9桁の登録記号番号 or 7桁の一時支援金申請番号	
施術所(はり・きゅう・あん摩)	7桁の一時支援金申請番号	

①病床数	
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'or②)	43,000

↑許可病床数のうち、近畿厚生局に休床の届出済みの病床数を除いた病床数
 ↑病床が2床以上の場合に記載ください
 ↑病床数×単価の合計額を記載ください

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。

※「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、申請コードが2パターンある場合がございます
 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部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」を除いた「柔道整復」の9桁の登録記号番号

申請者の種別	必須	法人	
法人格種別	法人のみ	(株)	←法人か個人か記載してください 一例) (医)、(社医)、(株)等 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	カブシキカイシャヒコウケンチャウケンキョク	
法人名称	法人のみ	株式会社兵庫県庁薬局	←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
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	ヒョウゴケンチャウケン	
施設名称	必須	兵庫県庁店	←名称は省略せずに正式名称を記載ください。 病院の例) ▲▲病院 診療所の例) ●●●クリニック 訪問看護ステーション例) ▲▲病院 訪問看護ステーション 薬局の例) ▲▲調剤薬局 ■■店 ※薬局の場合は、薬局名・店舗名まで記載ください。 個人の例) ▲▲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。
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		カブシキカイシャヒコウケンチャウケンキョク	
開設者名	必須	株式会社兵庫県庁薬局	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
(代表者の) 職名	必須	代表取締役	例) 院長など
(代表者の) 氏名フリガナ		ヒョウゴ タロウ	
(代表者の) 氏名	必須	兵庫 太郎	
(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	

※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

保険薬局の申請をされる方は、2. の回答は不要です。

開設届提出済	<input 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 type="checkbox"/>	←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。
(施術管理者)登録記号番号		←「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 ←「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		←「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
出張業務のみ(あはき)	<input 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 type="checkbox"/>	(助産所の開設届) 出張業務のみ <input type="checkbox"/> ←「助産所」「助産所(出張)」のみチェックしてください
(歯科技工所の開設届)提出済	<input type="checkbox"/>	←「歯科技工所」のみチェックしてください

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）を記載をお願いします

口座の種別	法人	←法人か個人か記載をお願いします。
金融機関名	兵庫県庁銀行	
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	株式会社兵庫県庁薬局	
口座名義(カタ)	カシコノケンチョウヤクキョ	
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。 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"/>	個人情報の取扱いに関して、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 (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。 (2) 暴力団排除条例施行規則(平成23年兵庫公安委員会規則第2号)第2条各号に掲げる者に該当しないこと。 (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ないこと。 (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。 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。 (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。 (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。 (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。 (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。 (5) 暴力団等であるとき。 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。 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。 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。 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 「兵庫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
株式会社兵庫県庁薬局 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