

補助金請求書

円也

ただし、令和4年度新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養者等に対する調剤支援事業

補助金確定額		円
既受領額	—	円
今回請求額		円

<根拠> 補助金交付決定通知 薬令和 第 年 月 日

上記のとおり、補助金を精算払いによって交付されたく、令和4年度補助金交付要綱第14条第1項の規定に基づき、請求します。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

請求者住所 0
薬局名 0
代表者氏名
(法人の場合、法人名も必要) 0
担当者氏名
電話
電子メール

申請者基本情報一覧

1. 申請者の情報

フリガナ		薬局所在地	〒	
薬局の名称			-	
フリガナ		担当者	部署	
氏名 (法人の場合は、 名称及び代表者 の職・氏名)			氏名	
			電話番号	
			電子メール	

2. 協力金の振込口座

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店 コード	
口座番号		預金種別		フリガナ			
				口座名義人			

※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。

※「1. 申請者の情報」の代表者名と「2. 協力金の振込口座」の口座名義人に相違がある場合は「委任状」を提出すること。

補助金交付申請書

第 号
令和 年 月 日

兵庫県知事 様

住 所 〇

団 体 名 〇

代 表 者 名 〇

電 話 〇

電 子 メール 〇

令和4年度において、新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養者等に対する調剤支援事業を下記のとおり実施したいので、補助金 〇 円を交付願いたく補助金交付要綱第3条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1. 事業の内容及び経費区分（別記）

2. 事業の着手予定年月日 令和 年 月 日

事業の完了予定年月日 令和 年 月 日

3. 添付書類

別記

収支予算書

1 収入の部

科目	予算額(円)	摘要
補助金収入	0	自宅療養者等に対する調剤支援事業補助金
計	0	

2 支出の部

科目	予算額(円)	摘要
体制確保に関する費用	0	自宅療養者等に対する調剤支援事業にかかる経費
計	0	

(注) 収支の計は、それぞれ一致する。

新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養者等に対する調剤支援事業
調剤対象患者一覧

1 対象事業

新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養者等に対する調剤支援事業

2 自宅療養者等に対する調剤対象患者一覧

No.	訪問日 (調剤・交付日)	患者名	処方箋 発行医療機関名	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

3 申請内容

調剤実施日数

0日

算定額

0円

令和 年 月 日

団体名 0

担当者氏名

電話 0

電子メール 0

誓約書

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ため、下記のとおり誓約します。

なお、誓約事項に関し、県が行う一切の措置に異議なく同意します。

記

- 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。
- 3 間接補助事業を行う場合にあつては、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つては、上記1又は2に該当する者をその受託者とししないこと。
- 4 知事が、上記1及び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。

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

住 所 〇

団 体 名 〇

代 表 者 名 〇

電 話 〇

電子メール 〇

委任状

新型コロナウイルス感染症にかかる自宅療養者等に対する調剤支援事業補助金の受領に関する一切の権限を下記の者に委任したことを届けます。

記

受任者

令和 年 月 日

兵庫県知事 齋藤 元彦 様

住 所 0

団 体 名 0

代表者氏名 0

印