



4 振込口座

金融機関名（ゆうちょ以外）			支店・支所名			
ゆうちょ銀行	店番			口座番号は右詰めで記載		
共通 ※ 振込口座は申請者本人の口座（法人の場合は当該法人又は施設の口座）に限る。	預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他（ ）				
	口座番号 (右詰めで記入)					
	フリガナ					
	口座名義					

※ 上記の太線内を記入してください。

施設種別によって添付書類が異なりますので御注意ください。

5 添付書類

全施設共通	<input checked="" type="checkbox"/>	振込口座の通帳等の写し（口座番号、口座名義等が確認できるもの）
助産所の場合	<input type="checkbox"/>	出産育児一時金等の受取代理制度を導入している施設又は市町村から委託を受けて母子保健法（昭和40年法律第141号）に基づく産後ケア事業、産婦健診、妊婦健診等を実施している施設であることが確認できるもの
施術所の場合	<input type="checkbox"/>	東北厚生局施設基準の届出等を受理している施設又は福島労働局が労災保険指定医療機関として指定していることが確認できるもの

※ 添付書類を確認のうえ、チェックマークを付けてください。

伊達市長

下記のとおり、標記支援金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。  
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

令和 年 月 日	施設等の種別	薬局
	開設者住所 <small>(法人の場合、主たる事務所の所在地)</small>	〒960-0000 伊達市0000
<p>※令和7年4月1日現在及び申請の時点で、市内で保険薬局の指定を受けている施設を運営する個人または法人が支援対象となります。</p>	開設者氏名 <small>(法人の場合、法人名称)</small>	株式会社〇〇
	開設者(法人)代表者の職氏名 <small>(法人の場合のみ記載)</small>	代表取締役〇〇 〇〇
	本件責任者氏名	〇〇 〇〇
	本件担当者氏名	〇〇 〇〇
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
	メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇〇.jp
<p>※1法人(個人)で複数の施設を運営している場合は一括して申請してください。</p>	記	Excelで作成した場合は自動計算
	申請金額	金 〇〇〇〇〇 円

1 積算

対象施設種別	申請施設件数	支援金の額
薬局	件	

2 誓約事項

全ての事項に誓約いただけない場合は申請できません。

<input checked="" type="checkbox"/>	支援金に関する書類を整理し、支援金を交付した年度終了後5年間保管します。
<input checked="" type="checkbox"/>	虚偽その他不正な手段により支援金の交付を受けません。

※ 誓約事項の全ての項目にチェックマークがついた場合にのみ支援金を交付します。

3 振込口座

金融機関名 (ゆうちょ以外)	〇〇銀行	支店・支所名	〇〇支店					
ゆうちょ銀行	店番	口座番号は右詰めで記載						
共通	預金種別	普通・当座・その他( )						
<p>※ 振込口座は申請者本人の口座(法人の場合は当該法人又は施設の口座)に限る。</p>	口座番号 <small>(右詰めで記入)</small>	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	カブシキガイシャ〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク〇〇						
	口座名義	株式会社〇〇 代表取締役〇〇						

※ 上記の太線内を記入してください。

施設種別によって添付書類が異なりますので御注意ください。

4 添付書類

<p>※ 添付書類を確認のうえ、チェックマークを付けてください。</p>	<input type="checkbox"/>	振込口座の通帳等の写し(口座番号、口座名義等が確認できるもの)
	<input type="checkbox"/>	保険薬局指定通知書の写し(申請施設全て)
	<input type="checkbox"/>	様式第2号別紙

番号	医療機関コード	施設名称	施設所在地	医療機関区分	補助金額
1	*****	A薬局	伊達市〇〇〇	薬局	100,000
2	*****	B薬局	伊達市〇〇〇	薬局	100,000
3	*****	C薬局	伊達市〇〇〇	薬局	100,000
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

※様式2号に記載の申請金額と合っていることを確認してください。

※令和7年4月1日現在及び申請の時点で、市内で保険薬局の指定を受けている施設のみを記載してください。