

様式記載例

D：保険薬局

<施設等が1つのみの場合>

記載例

D

D 保険薬局

※様式1号は、大分類(A～K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D～I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

3. 保険医療機関コード等

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1～5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園に

ついては、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員

または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載
してください。

5. 申請額

20,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

20,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

〒123-4567

サガケンサガン

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123

1. 普通預金 2. 当座預金

マルマル カブシキガイシャ

1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

D

複数店舗経営

D 保険薬局

※様式1号は、大分類(A～K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D～I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

様式1-1号に記載のとおり

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1～5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園に
ついては、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員
または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載
してください。

5. 申請額

80,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123

1. 普通預金 2. 当座預金

マルマル カブシキガイシャ

1234567

＜施設等が複数ある場合＞ 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書
(D 保険薬局用)

令和 年 月 日

区分 D 保険薬局

80,000 円

①基準単価: 20,000 円 / 薬局

80,000	円
--------	---

[illegible]