別記第３－１号様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

東京都知事　殿

（医療機関等名称）

（所在地）

（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金実績報告書

（病院、有床診療所、有床助産所用）【下半期分】

　東京都医療機関等物価高騰緊急対策事業支援金として、下記のとおり実績について報告します。

記

　１　区分

２　実績報告額　　　　金　　　　　　　　　　　　　円【②＋④】

　　（内訳）

　　　（１）食材費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ① | 対象期間の延べ入院患者数 | 人 |
| ② | 159円×①（千円未満切り捨て） | 円 |

（２）光熱費

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ③ | 許可病床数 ※対象期間内に許可病床数が増減した場合は、期間を通じて確保している許可病床数。また、休棟中の病床は含まない。有床助産所にあっては入所定員数。 | 床 |
| ④ | 2,000円×③＋10,000円 | 円 |

　３　誓約・確認事項

|  |  |
| --- | --- |
|  | 東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金実施要綱第３条に規定する交付対象者である。 |
|  | 東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第３条に規定する交付対象期間である令和５年10月１日から翌年３月31日までにおいて、継続して事業を実施していた。 |
|  | 交付対象期間において、物価高騰等の影響による食費又は光熱費の支援を目的とした他の補助金等の交付を受けていない。 |

４　支払金口座振替依頼

東京都から私に支給される東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金は下記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | |  |
| 金融機関コード | |  |
| 振　 込　 口　 座 | 預 金 種 別 |  |
| 口 座 番 号 |  |
| フ リ ガ ナ |  |
| 氏　　 名 |  |

５　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| ｅメールアドレス |  |