別記第２－２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交付申請書

（無床診療所、歯科診療所、無床助産所用）【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、下記のとおり交付申請します。

記

　１　区分

２　交付申請額　　　　金　　１０，０００　　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する意思がある。 |
|  | 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る予定はない。 |
|  | 支援金の交付手続き等において、都から業務委託事業者に、申請者に関する必要な情報が提供されることに同意する。 |
|  | 支援金に係る証拠書類を５年間適切に整備・保管する。また、都が求めたときは提出する。 |
|  | 当該申請により支援金の交付を受けようとする者（法人その他の団体にあっては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）は、東京都医療機関等物価高騰緊急対策支援金交付要綱第２条第２項に規定する団体に該当せず、かつ将来にわたっても該当しない。あわせて、知事が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意する。 |

４　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 |  |