

記載例

様式第1号（第4条関係）

埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金及び 施術所等処遇改善・物価上昇支援金 申請書兼請求書

令和8年 月 日

（宛先）
埼玉県知事

提出日を記載してください。

埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金及び施術所等処遇改善・物価上昇支援金の交付を受けたいので、別紙の書類を添えて次のとおり申請します。

- ※ ご記入の際は、消えないインクのボールペンで記入をお願いします。
- ※ 申請書は機械で文字を読み取り判読します。 枠内に丁寧に記入をお願いします。
- ※ 申請前にコピーを取り保管してください(事務局より再提出をお願いする場合がございます)。

1 申請者の情報

対象者区分	<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主 (いずれかにチェック☑してください。)	
	申請者名 (開設者名)	フリガナ
代表者の職名 ※法人のみ	代表者の氏名 ※法人のみ	フリガナ
本店所在地※ 又は住所	〒	都道府県
	本支援金の申請を担当する方の 氏名と連絡先を記載してください。	
本支援金に 関する連絡先	担当者名	
	日中連絡のとれる 電話番号	
	メールアドレス	@

※本店所在地は、登記上の本店を記入してください。

※交付決定・不交付通知書は、上記申請された本店所在地（住所）、申請者様宛に送付されます。

2 支援金振込口座依頼

「埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金及び施術所等処遇改善・物価上昇支援金」は下記の口座に振り込んでください。

※法人の場合は法人名義の口座、個人事業主の場合は申請者御本人名義の口座を指定してください。

金融機関名	銀行・信金 信組・農協	金融機関コード (4桁)					
支店名	本店 支店	支店コード (3桁)					
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 (※)					
口座名義 (カタカナ)	振込先の口座情報が分かる書類(預金 通帳の写しなど)を添付してください。						

※口座番号は右詰めでご記入ください。

金融機関名、口座番号、口座名義等は通帳の見開きページ（通帳を開いた1・2ページ）に記載されています。

※振込先がゆうちょ銀行の場合は、口座番号（記号・番号）を他銀行の形式（店名・

預金種目・口座番号）に変換したものを記入してください。

書類管理番号
(事務局使用欄)

3 申請金額の算定

「合計(①)」と「合計(②)」の合計額を記載してください。

申請額合計 (①+②)	円
-------------	---

(1) 医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金【全施設が対象】

(令和7年12月1日現在)

施設区分 (該当するものに☑)	電気の契約形態	ガスの契約形態	交付額 ⑦	事業を営んでいる 医療提供施設数⑧		合計額 ⑨ (⑦×⑧)	
				床	(施設)		
☐ 病院、 有床診療所 (A)	特別高圧契約	都市ガス・その他	112,000 円	床	(施設)	円	
		LPガス	124,000 円				
	高圧契約	都市ガス・その他	59,000 円				
		LPガス	71,000 円	床	(施設)	円	
	☐ 助産所 (分焼あり) (G)	低圧契約・その他	都市ガス・その他	43,000 円	床	(施設)	円
			LPガス	55,000 円	床	(施設)	円
☐ 無床診療所 (歯科を除く) (B)	特別高圧契約 又は高圧契約	都市ガス・その他	40,000 円		施設	円	
☐ 無床診療所 (歯科) (C)		LPガス	44,000 円		施設	円	
☐ 薬局 (保険薬局に限る) (D)	低圧契約・その他	都市ガス・その他	24,000 円		施設	円	
☐ 助産所 (分焼なし) (G)		LPガス	28,000 円		施設	円	
☐ 施術所 (E)		都市ガス・その他	14,000 円		施設	円	
☐ 歯科技工所 (F)		LPガス	16,000 円		施設	円	
合計 (①)				施設	円		

病床数は、県から対象施設に送付した通知文に記載されています。

(2) 施術所等処遇改善・物価上昇支援金【助産所、施術所、歯科技工所が対象】

(令和7年12月1日現在)

施設区分 (該当するものに☑)	支援金の内容	交付額 ⑦	事業を営んでいる 医療提供施設数⑧		合計額 ⑨ (⑦×⑧)
			床	(施設)	
☐ 助産所 (分焼あり) (G)	処遇改善支援金	72,000 円	床	(施設)	円
	物価上昇支援金	13,000 円	床	(施設)	円
☐ 施術所 (E)	処遇改善支援金	11,000 円		施設	円
☐ 歯科技工所 (F)					
☐ 助産所 (分焼なし) (G)	物価上昇支援金	12,000 円		施設	円
合計 (②)				施設	円

物価上昇支援金は全ての施設(助産所、施術所、歯科技工所)が支援対象となりますので忘れずに記載してください。

審判管理番号 (事務局使用欄)	
--------------------	--

2施設以上の申請をする場合はここにチェックを入れ、様式第2号も提出してください。

4 申請対象施設

一覧は様式第2号のとおり

施設区分	<input type="checkbox"/>	病院、有床診療所(A)	<input type="checkbox"/>	無床診療所（歯科を除く）(B)					
	<input type="checkbox"/>	無床診療所（歯科）(C)	<input type="checkbox"/>	薬局(D)					
	<input type="checkbox"/>	施術所(E)	<input type="checkbox"/>	歯科技工所(F)	<input type="checkbox"/>	助産所(G)			
施設名称									
施設所在地	〒								
	埼玉県								
支援金コード (11桁)									

(1) 医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金【対象施設：全ての施設区分】

・施設区分E（施術所）、F（歯科技工所）は電気の契約形態は選択不要です。

電気の契約形態	<input type="checkbox"/>	特別高圧契約	<input type="checkbox"/>	高圧契約	<input type="checkbox"/>	その他（低圧契約等）
ガスの契約形態	<input type="checkbox"/>	都市ガス	<input type="checkbox"/>	LPガス	<input type="checkbox"/>	その他（ガス未使用等）

※<令和7年度に埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金の交付を受け上記の【電気・ガスの契約形態】があらかじめ印字されている施設のみ>

- 下欄【確認事項】の内容に当てはまる場合 → 下欄の【確認事項】を確認し、を入れてください。
- 下欄【確認事項】の内容に当てはまらない場合 → 上記の【電気・ガスの契約形態】印字箇所を二重線で取り消し、新たな契約形態にを入れてください。
(この場合には、右下の確認事項のは不要です)

<p>【確認事項】 全ての事項に当てはまる場合のみ、右記に<input checked="" type="checkbox"/>を入れてください。 令和7年度埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金の申請をした時点から</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電気又はガスの契約形態に変更がありません。 ・開設主体（申請者）に変更がありません。 ・医療提供施設の所在地の変更又は建て替えを行っていません。 	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

【対象施設：(E) 施術所、(F) 歯科技工所、(G) 助産所】
(2) 施術所等処遇改善・物価上昇支援金

- ① 処遇改善支援金
- ・従業員の人数は申請日時点で対象施設に勤務する従業員のうち、i)、ii)の従業員を除いた人数をご記入ください。
i) 開設者及び開設者の代表者 ii) 開設者又は開設者が代表者である法人と直接の雇用関係がない従業員
 - ※従業員人数が0人の場合は処遇改善支援金は申請できません。
 - ・従業員人数が2名以上の場合、従業員の氏名、勤務日数、勤務時間は1名のみご記入ください。
- ② 物価上昇支援金
- ・施設区分E（施術所）、F（歯科技工所）、G（助産所）は全ての施設が対象となります。

① 処遇改善支援金	従業員の人数	人	従業員の氏名	
	勤務日数	週	日	勤務時間（週合計） 時間

<p>【誓約事項】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用状況については上記のとおり相違ありません。 ・物価高騰等の影響を鑑み、従業員の賃上げ等の処遇改善に取り組みます。 	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

② 物価上昇支援金	頁2「3 申請金額の算定」(2) 施術所等処遇改善・物価上昇支援金の欄に施設数及び人数を記入してください
-----------	--

※支給対象施設を2施設以上有する場合は右上の「一覧は様式

誓約事項をご確認のうえチェックを入れてください。

1施設のみ申請の場合、様式第2号の提出は不要です。上記に必要事項を記載してください。

申請欄	<input type="checkbox"/>	書類管理番号 (事務局使用欄)	
-----	--------------------------	--------------------	--

5 誓約事項

埼玉県医療提供施設等光熱費等高騰対策支援金及び施術所等処遇改善・物価上昇支援金の交付を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

誓約・同意	<input type="checkbox"/> 下記の【誓約・同意事項】を全て確認しました。 誓約・同意の上、申請します。 (左記に☑を入れてください。)
-------	--

誓約事項をご確認のうえチェックを入れてください。

誓約・同意事項
①令和7年12月1日現在において、医療法等に基づく開設許可又は届出を行い、事業を営んでおり、交付申請日時点において、事業に必要な許可等を全て有したうえで事業を実施しており、今後も事業継続の意思がある（令和8年6月30日までに休止・廃止をする見込みがない）ことを認めます。
②埼玉県内に医療提供施設等を有する事業者です。
③本申請書兼請求書の頁3「4 申請対象施設」及び「対象施設一覧（様式第2号）」に記載の事業所は、令和7年12月1日現在において、医療法等に基づく開設許可又は届出を行い、事業を営んでいる医療提供施設等です。
④（歯科技工所のみ） 令和7年4月～令和8年6月の間に医療保険が適用される歯科技工を行っています。
⑤本支援金を重複して申請していません。また、令和7年12月1日以降、埼玉県の他の光熱費等の高騰に対する支援を目的とした補助金を重複して申請していません。
⑥埼玉県から検査、報告及び是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。
⑦代表者、役員、従業員又は構成員等が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は反社会的勢力（暴力団等）に属しておらず、かつ、暴力団等が経営に事実上参画していません。
⑧本支援金の申請及び交付に関する情報が、正当な理由において、埼玉県警察その他の行政機関等に共有される場合があることに同意します。
⑨この申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消や本支援金の返還等に応じます。また、この取消等により当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

書類管理番号 (事務局使用欄)	
--------------------	--