

※日付は、提出日を御記入ください。

大津市内病院等に対する電力・ガス等エネルギー価格高騰対策支援金交付申請書兼

(宛先)

大津市長

申請者

住所 大津市●●●●●●●●●●

氏名 ●●●● ●●病院

院長 印

※代表者印、必須です。

(社印は不可)

令和7年●月●日

大津市補助金等交付規則第4条第1項及び第18条第1項の規定により、大津市内病院等に対する電力・ガス等エネルギー価格高騰対策支援金の交付について次のとおり申請・請求します。

1 申請内容

交 付 年 度		令和 7 年度									
名 称		大津市内病院等に対する電力・ガス等エネルギー価格高騰対策支援金									
目 的 及 び 内 容		原油価格・物価高騰による病院等の運営経費の負担軽減を図り、安定的な事業継続のための支援を行うことを目的とする。									
支 援 金 の 算 出	(1) 定額補助	1 0 0 , 0 0 0 円 (A)									
	(2) 上積み補助 ※病院のみ	許可病床数（一般、療養、精神病床） （令和 7 年 8 月 1 日時点）	(B)							100 床	
		休床中	(C)							2 床	
		支援金算定対象病床数	(D) = (B) - (C) - 19							79 床	
交付申請及び請求額 (A) + {(D) × 524 円} ※万円未満切捨て		1 4 0 , 0 0 0 円 ※有床診療所の場合は、(1)定額補助 (A) のみです。									
振込先金融機関		●● 銀行 ●●● 支店 口座種別 普通 当座 口座番号 (右詰め記入) 1 2 3 4 5 6 7 口座名義 (カタカナ) ●●●● ●●●● ●●●●●●●●●●●●●●●●									

2 確認（項目内容を確認のうえ、☒ でチェックしてください。）

同
意
及
び
確
認

- ☑ 大津市内病院等に対する電力・ガス価格高騰対策支援金交付申請書兼請求書の内容に虚偽はありません。
- ☑ 市税、電気及びガス料金並びにこれに付随する延滞金等を滞納していません。
また、大津市内病院等に対する電力・ガス等エネルギー価格高騰対策支援金の交付要件の確認として、大津市長が市税等に関する公簿を閲覧し、及び調査することに対し、同意します。
- ☑ 滋賀県が事業者に対して交付する本支援金と趣旨及び目的を同じくする類似の給付金等（令和7年度に交付するものに限る。）を受給又は申請を行っていません。