

【様式1（第5条、第10条関係）】

※熊本県記入欄

整理番号 歯

熊本県知事 木村 敬 様

令和8年度(2026年度)熊本県医療機関等物価高騰対策支援金
交付申請書兼実績報告書兼請求書

申請日： 令和8年5月1日

施設	住所	〒		-	
	フリガナ	別添施設一覧のとおり			
	名称				
申請者	どちらかに○→	開設者	○	管理者	
	住所	〒	862	-	1111
	フリガナ	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号			
	法人名 又は施設名	イリヨウハウジン クマモトケンチョウ			医療法人 熊本県庁 (印)
	フリガナ	リジチョウ	・	ケンチョウ	タロウ
	役職・代表者名	理事長	・	県庁	太郎 (印)

※交付決定通知書は、申請者住所に送付します。
 ※申請者の押印を省略する場合は次欄も記入してください。
 ※書類発行責任者と担当者が同一の場合は、担当者氏名欄に「同上」と記入してください。

書類発行責任者氏名/連絡先	総務課長 ○○○○	/	096-XXX-XXXX
担当者氏名/連絡先	総務課 ○○○○	/	096-XXX-XXXX

標記について、下記のとおり支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）します。

支援金額 **300,000** 円 ※自動計算

(交付要件の確認、支援金額の算出)

1. 該当する区分に○をひとつ記入してください。
 同一施設で、複数の指定を受けている場合はいずれか一方での申請となります。

別添施設一
覧のとおり

- ① 歯科診療所 (120,000円)
 ② 歯科技工所 (60,000円)

裏面へ
続く

2. 保険医療機関等コードを記入してください。

別添施設一覧のとおり

3. 下部の誓約事項を確認し、全て該当する場合は○を記入してください。
一つでも該当しない場合、支援金の申請（請求）はできません。

○

(振込口座情報)

4. 振込口座情報を記入してください。

※口座情報は通帳に記載の表記でご記入ください。

金融機関名	肥後銀行	金融機関コード	0	1	8	2	
支店名	県庁支店	支店コード	1	5	9		
口座種別	01	(01:普通 02:当座 04:貯蓄)					
口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5	6
(フリガナ)	ケンチョウシカイイン インチョウ ケンチョウ ハナコ						
口座名義	県庁歯科医院 院長 県庁 花子						

※ 口座名義が申請者と異なる場合は、別途「委任状兼口座振替申出書
(要押印)」を提出してください。

(誓約事項)

- ①申請者は、交付要項第3条に規定する交付対象者の要件を満たしています。
- ②申請者及び交付対象施設の役員又は使用人は、熊本県暴力団排除条例（平成22年熊本県条例第52号）第2条第4号に規定する暴力団密接関係者ではありません。
- ③申請者は、業務上の行為により法令に違反し、令和7年(2025年)4月1日から令和8年(2026年)3月31日までの間に、行政処分を受けたことはありません。
- ④交付対象施設は、令和7年(2025年)4月1日から令和8年(2026年)3月31日までの間に運営実態があり、物価高騰の影響を受けて費用が増加しています。
また、市町村等が実施する他の支援制度を利用しても、なお費用の増加分に足りません。
- ⑤申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された支援金の返還に応じます。
- ⑥支援金の交付手続きに必要な範囲で、県から業務委託事業者に、申請

【様式 1-②（第 5 条、第 10 条関係）（一括申請用）】施設一覧

※複数の歯科医療機関等を開設している場合は、支援金の交付対象となるすべての歯科医療機関等を記載してください。

※記載内容に誤りがある場合、交付ができない場合があります。

開設者名（法人名又は個人氏名）	医療法人 熊本県庁
代表者職氏名（法人の場合のみ）	理事長 県庁 太郎
開設者電話番号	096-XXX-XXXX
申請歯科医療機関等数	3

No.	保健医療機関コード（歯科診療所） （※左詰めで記載）											該当に ○		歯科医療機関等名	歯科医療機関等所在地		担当者		支援額
	4	3	3	1	2	3	4	5	6	7	診療所	技工所	〒		住所	氏名	連絡先（電話）		
例	4	3	3	1	2	3	4	5	6	7			〇〇歯科	8628570	熊本市中央区水前寺6-18-1	歯科 太郎	096-333-.....	FALSE	
1	4	3	3	2	3	4	5	6	7	8	○		県庁歯科医院	8628570	熊本市中央区水前寺6-18-1	県庁 花子	096-333-.....	120,000	
2	4	3	3	3	4	5	6	7	8	9	○		県庁歯科医院 2	8612211	上益城郡益城町福原790	県庁 次郎	096-234-.....	120,000	
3	4	3	3	4	5	6	7	8	9	0		○	県庁歯科技工所	8620901	熊本市東区東町4-14-37	県庁 三郎	096-368-.....	60,000	
4	4	3	3															FALSE	
5	4	3	3															FALSE	
6	4	3	3															FALSE	
7	4	3	3															FALSE	
8	4	3	3															FALSE	
9	4	3	3															FALSE	
10	4	3	3															FALSE	
11	4	3	3															FALSE	
12	4	3	3															FALSE	
13	4	3	3															FALSE	

振込口座情報関係（通帳の写し等）

申請書兼実績報告書兼請求書の「5 振込口座情報」が分かる通帳の写しを提出してください。記載内容と齟齬がないことを確認します。

フリガナ
開設者名又は管理者名
（口座名義人）
住所

イリヨウハウジン クマモトケンチョウ
医療法人 熊本県庁
熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

口座番号、口座名義（カナ）が記載されているページを写し付けてください。
画像データでも問題ありません。

通帳に記載のある通りに記入

見本

おなまえ
ケンチョウ タロウ ← 口座名義

**通帳の表紙と表紙裏
どちらも添付してください。**

XXX

支店コード

XXXXXXXX

口座番号

株式会社
〇〇銀行 ← 金融機関名

【提出いただく前に】
通帳の写しに
下記内容が含まれているかを確認ください！

- ・ 口座番号
- ・ 普通口座 or 当座番号
- ・ 口座名義人名
- ・ カナ名

委任状

私は、下記1の者を代理人と定め、下記2に規定する事項を委任します。

記

1 代理人

郵便番号

〒 862 - 1111

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

(商号等)

ケンチョウシカイイン

商号等

県庁歯科医院

代表者職氏名

院長 県庁 花子

2 委任事項

令和8年度(2026年度)熊本県歯科医療機関等物価高騰対策支援金の受領に関する一切の権限

委任者

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

商号等

医療法人 熊本県庁

代表者職氏名

理事長・県庁太郎

印

口座振替申出書

本件委任に係る支援金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

記

振込口座

金融機関名

肥後銀行

支店名

県庁支店

口座種別

普通

口座番号

0123456

口座名義

県庁歯科医院 院長 県庁 花子

(口座名義)

ケンチョウシカイイン インチョウ ケンチョウ ハナコ

受任者

郵便番号

〒 862 - 1111

住所

熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

商号等

県庁歯科医院

代表者職氏名

院長 県庁 花子

印