

整理番号	歯
------	---

熊本県知事 木村 敬 様

令和 8 年度(2026年度)熊本県歯科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 年 月 日

施設	住所	〒		-	
	フリガナ				
	名称				
どちらかに○→		開設者			管理者
申請者	住所	〒		-	
	フリガナ				
	法人名 又は施設名				
	フリガナ				
	役職・代表者名				

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		/	-	-
担当者氏名／連絡先		/	-	-

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                      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。

	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。

4	3	3							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

※歯科診療所のみ

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		金融機関 コード					
支店名		支店コード					
口座種別		(01：普通 02：当座 04：貯蓄)					
口座番号 (右詰め)							
(フリガナ)							
口座名義							

※ 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へ、申請者の個人情報を含む必要な情報が提供されることに同意します。

## 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

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

見 本

おなまえ ケンチョウ タロウ	← 口座名義	様
	店番 XXX	口座番号 XXXXXXXX
	↑ 支店コード	↑ 口座番号
株式会社 〇〇銀行	← 金融機関名	
支店名 県庁支店	← 支店名	

# 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

〒

ー

住所

(商号等)

商号等

代表者職氏名

## 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

商号等

代表者職氏名

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

口座種別

口座名義

(口座名義)

支店名

口座番号

受任者

郵便番号

〒

ー

住所

商号等

代表者職氏名

印