

熊本県知事 木村 敬 様

令和8年度(2026年度)熊本県診療所(歯科)  
賃上げ・物価支援事業補助金交付申請書兼概算払請求書

申請日: 令和8年4月14日 ←和暦表示

## 【申請者】(※法人の場合は法人の情報を記入)

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| (フリガナ)                   | クマモト タロウ          |
| 開設者名:<br>(法人の場合は法人名)     | 熊本 太郎             |
| 郵便番号(ハイフン無し)             | 〒 8628570         |
| 開設者住所<br>(※法人の場合は法人の所在地) | 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号 |
| 施設の名称<br>(※法人の場合は法人名)    | 県庁歯科医院            |
| 代表者職<br>(理事長等)           | 院長                |
| 代表者氏名                    | 熊本 太郎             |
| 電話番号(ハイフン無し)             | 0963831111        |

※交付決定通知書は、申請者(開設者)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。

↓(ハイフン無し)

|           |               |        |            |
|-----------|---------------|--------|------------|
| 書類発行責任者氏名 | 院長 熊本 太郎      | 責任者連絡先 | 096×××△△△△ |
| 担当者氏名     | 総務 熊本 次郎      | 担当者連絡先 | 096×××△△△△ |
| 連絡先e-mail | xxx@xxx.ne.jp |        |            |

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

| 補助金の種類         | 支給額             | 病床数※ | 申請額      |
|----------------|-----------------|------|----------|
| 賃上げ支援有床診療所(歯科) | 使用許可病床数×72,000円 |      |          |
| 賃上げ支援無床診療所(歯科) | 1施設×150,000円    |      | 150,000円 |
| 物価支援有床診療所(歯科)  | 使用許可病床数×13,000円 |      |          |
| 物価支援無床診療所(歯科)  | 1施設×170,000円    |      | 170,000円 |

※令和7年8月1日時点の使用許可病床数(非稼働を含む。)ただし、令和6年補正予算(2024年)、令和7年繰越分(2025年)病床数適正化支援事業を踏まえて削減した病床は除く。

※有床診療所(歯科)について

物価支援:使用許可病床数が13床以下の場合1施設×170,000円を支給する。

賃上げ支援:使用許可病床数が2床以下の場合1施設×150,000円を支給する。

|             |          |
|-------------|----------|
| 合計:交付申請額(円) | 320,000円 |
|-------------|----------|

(交付要件の確認)

1.裏面の誓約事項を確認し、全ての事項について☑を付けた上で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、補助金の申請(請求)はできません。

|      |   |
|------|---|
| 誓約事項 | ○ |
|------|---|

(振込口座情報)

2.振込口座情報を記入してください。

※1申請あたり1口座です。

|        |                           |         |      |
|--------|---------------------------|---------|------|
| 金融機関名  | 肥後銀行                      | 金融機関コード | 0182 |
| 支店名    | 県庁支店                      | 支店コード   | 159  |
| 預金種類   | 普通 (普通、当座)                |         |      |
| 口座番号   | 0123456                   |         |      |
| (フリガナ) | ケンチョウシカイイン インチョウ クマモト タロウ |         |      |
| 口座名義   | 県庁歯科医院 院長 熊本 太郎           |         |      |

(注)口座名義が申請者と異なる場合は、「委任状兼口座振替申出書」別紙3(要押印)を提出してください。

裏面へ続く

### 3. 添付書類

1. 賃上げ支援事業誓約書(別紙1)
2. 振替口座情報(別紙2)
3. 委任状兼口座振替申出書(別紙3) ※上記2の注意書きに該当する場合のみ

#### (誓約事項)

私は、標記補助金の交付申請を行うに当たり、以下の内容について誓約・同意します。

- ①本申請書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する書類等を、補助金の額の確定の日の属する年度の終了後5年間適切に保管していることを誓約します。
- ②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ることを誓約します。
- ③交付を受けた補助金は全て実施要綱に従い、賃金改善及び必要な経費に係る物価上昇分に充てることを誓約します。
- ④本補助金等は概算払による交付であることを理解し、交付確定時に差額が生じた場合は、適切に返還します。また、交付後、各事業に定めのある返還事由に該当した場合は各事業に係る補助金の全額を返還します。
- ⑤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。
- ⑥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)12月1日から申請日までの間に、行政処分を受けたことはありません。
- ⑦本補助金等に関する報告や調査について、厚生労働省又は都道府県から求められた場合には、これに応じます。
- ⑧補助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。
- ⑨令和8年度(2026年度)熊本県診療所(歯科)賃上げ・物価 支援事業補助金交付要項第10条に基づき、交付決定の一部又は全部が取り消された場合、熊本県の求めにより補助金の一部又は全額を返還します。
- ⑩申請内容に関する振込口座の記入間違い等、軽微な誤りについては、熊本県が補正することに同意します。
- ⑪申請内容の不備が熊本県の指定する期限までに解消しなかった場合、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
- ⑫交付決定後、申請者の責に帰すべき不備により振込不能等が生じ、熊本県が指定する期限までに当該不備を解消しなかった場合、補助金の支給を辞退したものとみなし、交付決定が取り消されることに同意します。

|      |  |
|------|--|
| 管理番号 |  |
|------|--|

## 振込口座情報関係(通帳の写し等)

申請書兼概算払請求書の「3 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。

|                 |                                  |
|-----------------|----------------------------------|
| カナ名義            | イ) クマモトカイ_クマモトイイン_リジチョウ_クマモト_タロウ |
| 開設者名<br>(口座名義人) | 医療法人 くまもと会 熊本医院 理事長 熊本 太郎        |
| 住所              | 熊本市中央区水前寺6丁目18-1号                |

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。

**通帳に記載のある通りに記入をお願いいたします。**

見本

おなまえ

イ) クマモトカイ

口座名義

様

店番

XXX

口座番号

XXXXXXXX

株式会社

〇〇銀行

金融

支店名

県庁支店

支店名

**通帳に記載のある通りに記入をお願いいたします。**