

支給申請書兼口座振込依頼書

熊本県知事 様

ベースアップ評価料の届出等と同じ
事業所名を記載してください。

1. 申請者の情報

フリガナ	イリョウホウジンクマモトカイ ▲▲ホウモンカンゴステーション	申請年月日	2025 年 M 月 D 日	
病院等の名称	医療法人熊本会 ▲▲訪問看護ステーション	住所・所在地	〒 862 - 8570 熊本県熊本市中央区水前寺6丁目 18番1号	
	医療機関等コード : ※ステーションコードを記載			
フリガナ	イリョウホウジンクマモトカイ リジチョウ クマモトケンタロウ	事務担当者	氏名	熊本 県太郎
開設者 (代表者の職・氏名も記載)	医療法人熊本会 理事長 熊本 県太郎		電話番号	096-383-1111
			ファクシミリ	-
			電子メール	aaa@bbb.jp

2. 支給申請額

補助上限額は180,000円です。申請額が下回る場合は、その額をご記入ください。

生産性向上・職場環境整備等補助金 支給申請額(円)	180,000
---------------------------	---------

申請内容の問合せに対応可能な担当者の氏名・連絡先等を記載してください。

※ 上記支給申請額に消費税及び地方消費税に相当する金額を

☒ 含んでいません。(仕入控除額の報告は不要です。)

申請額に消費税相当額を含まない場合は、こちらにチェックしてください。

☐ 含んでいるため、下記について誓約し、報告を行います。

☐ 事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税の仕入控除税額が確定した場合は、速やかに知事に報告を行います。

☐ 報告に基づき、通知があった場合は、当該消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の全部又は一部を県に納付します。

申請額に消費税相当額を含む場合は、こちらにチェックの上、次の2か所についてもチェックしてください。

申請額に消費税総合額が含まれる場合は、仕入れ控除額確定後に「(様式第4号) 消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書」を追加で提出しなければなりません。

3. 振込口座

金融機関名	〇〇銀行	金融機関コード	9 9 9 9	支店名	XXXX店	支店コード	9 9 9
口座番号 (右詰め)	9 9 9 9 9 9 9	預金種別	普通	フリガナ	イ)クマモトカイ リジチョウ クマモトケンタロウ		
				口座名義人	医療法人熊本会 理事長 熊本 県太郎		

※ ゆうちょ銀行の場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)を記入すること。

通帳の記載内容と一致させてください。

1