

様式

債務整理支援給付金支給申請書兼口座振込依頼書

都道府県知事 殿

債務整理支援給付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

また、下記４の「支給申請に関する誓約事項」について誓約します。

1. 申請者の情報		申請年月日	年 月 日	
フリガナ		住所・所在地	〒 -	
医療機関の名称				
フリガナ		事務担当者	氏名	
開設者 (代表者の職・氏名も記載)			電話番号	
			ファクシミリ	
			電子メール	

2. 支給申請額

支給申請額(千円)	0
-----------	---

3. 給付金の振込口座

金融機関名		金融機関 コード		支店名		支店 コード	
口座番号 (右詰め)		預金種別		フリガナ			
				口座名義人			

※ 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。

4. 支給申請に関する誓約事項

(1) 金融機関から取引停止処分を受けていません。 (2) 国税、社会保険料、労働保険料を滞納していません。 (3) 本給付金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。 (4) 本給付金の給付後、以下の①又は②に該当した場合は、本給付金の全額を返還します。 ① 給付金の支給を受けた日から令和8年3月31日までの間に、同一の構想区域に開設する医療機関において許可病床数を増加させた場合（ただし、特定の疾患に罹患する者が多くなる等の事情により、厚生労働大臣及び都道府県知事が特に認める場合に許可病床数を増加させる場合はこの限りではない。） ② 申請内容を偽り、その他不正の手段により本給付金の支給を受けたことが判明した場合 (5) 給付金の支給を受けた開設者は、本給付の支給を受けた後、融資先の変更や繰り上げ返済等により本給付申請時の元本の年率（上限0.5%）を下回ることとなり、新たな年率適用後の給付金残額が当初の年率を踏まえた給付金残額と比して上回ることとなった場合、差額を都道府県知事へ返還します。
--