様式第５号（第10条関係）

帯広市無料低額診療事業調剤処方費用助成金申請書

令和　　年　　月　　日

帯広市長　米沢　則寿　様

次のとおり、関係書類を添えて、無料低額診療事業調剤処方費用の助成を請求します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | ふりがな |  |
| 氏名 | ㊞ |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住所 |  |
| 私は、帯広市暴力団排除条例第２条第２号に規定する暴力団員又は同条第３号に規定する暴力団関係事業者ではないことを誓約します。  私がこれらの者に該当することが判明した場合には、助成金等の交付の決定の全部又は一部が取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。また、上記の誓約内容を確認するため、帯広市が他の官公署に照会を行うことについて承諾します。 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局名 |  | | | | | | | | | |
| 処方箋発行年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 調剤処方費用額 | 円 | | | | ・・・・・・① | | | | | |
| 助成申請額 | 円 | | | | ①の額又は①×0.5の額(１円未満切捨) | | | | | |
| 助成金振込先  ※受領委任払いを  希望する場合は記載不要 | 金融機関名・支店名 |  | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通　　　　・　　　　当座 | | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 口座名義（カタカナ） |  | | | | | | | | |

※添付書類～調剤明細書（受領委任払いの場合）、調剤処方費用支払領収証（償還払いの場合）

●　受領委任払いを希望する場合はご記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状 | 私は、本申請による助成金の受領に関する一切の権限を、次の保険薬局に委任します。  受任者（代理受領者）  所在地  事業所名  代表者名 ㊞ |
| 委任者（申請者）  住所  氏名 ㊞ |