

(様式第1号)

# 【歯科技工所 記入例】

令和8年(2026年)〇月〇日

提出日を記載してください。

(宛先)

滋賀県知事

医療機関番号・登録記号番号・助産所コード

未記入でおねがいます。

住所

〒520-9999

大津市京町一丁目●番●号

施設の所在地を記載してください。

施設名

株式会社●●デンタルラボ  
ラー

正式な施設名を記載してください。

代表者職名

株式会社●●デンタルラボ  
ラー 代表取締役

申請時点の代表者職名と代表者氏名をご記入ください。

代表者氏名

滋賀 健太郎

医療機関等物価高騰対策支援金申請書兼請求書

別紙(様式第2号-1)基準額積算書で計算した金額を転記してください。

医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第4条の規定により、支援金の支給を受けたいので、下記のとおり申請(請求)します。

## 1 申請(請求)額

金 〇,〇〇〇,〇〇〇 円

## 2 添付書類

(1) 申請額積算書(様式第2号-1)

(2) 口座振込依頼書(様式第2号-2)

(様式第2号-1) 基準額積算書

|                | 該当有無          | 許可病床数/<br>該当病床数 | 申請額 | ※併用欄 |
|----------------|---------------|-----------------|-----|------|
| 病院             | 18,000円×許可病床数 |                 |     |      |
| 有床診療所          | 18,000円×許可病床数 | 2~19床の有床診療所     |     |      |
|                |               | 1床の有床診療所        |     |      |
| 無床診療所(歯科診療所含む) |               |                 |     |      |
| 助産所            |               |                 |     |      |
| 歯医所            |               |                 |     |      |
| 歯科技工所          |               |                 |     |      |
| 薬局             |               |                 |     |      |
| 支給額            |               |                 |     | 円    |

【申請者確認欄】

|     |  |   |
|-----|--|---|
| (1) |  | 医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第2条2項には該当しない  |
| (2) |  | 保険機関番号・登録記号番号・助産所コードを記載している(様式1)  |
| (3) |  | (2)がない場合に保険診療を実施していることを証明できる書類(請求明細書等)があり、県からの要望に応じて提出することができる。(申請時は提出不要) |

発行責任者氏名

近江 花子

当申請の責任者名を記載してください。

担当者

琵琶 小次郎

当申請の実務担当者名を記載してください。

連絡先(電話番号)

077-9999-9999

当事務局から問い合わせがあった場合の連絡先を記載してください。

# 【歯科技工所 記入例】

(様式第2号-1) 基準額積算書

プルダウンでチェックをお願いします

|                 |               | 該当有無        | 許可病床数/<br>該当病床数 | 申請額     | ※県使用欄 |
|-----------------|---------------|-------------|-----------------|---------|-------|
| 病院              | 18,000円×許可病床数 |             |                 |         |       |
| 有床診療所           | 18,000円×許可病床数 | 2～19床の有床診療所 |                 |         |       |
|                 |               | 1床の有床診療所    |                 |         |       |
| 無床診療所 (歯科診療所含む) |               |             |                 |         |       |
| 助産所             |               |             |                 |         |       |
| 施術所             |               |             |                 |         |       |
| 歯科技工所           |               | ○           |                 | 100,000 |       |
| 薬局              |               |             |                 |         |       |

支給額

100,000 (円)

## 【申請者確認欄】

|     |   |  |
|-----|---|--|
| (1) | ✓ | 医療機関等物価高騰対策支援金支給要綱第2条2項には該当しない   |
| (2) | ✓ | 医療機関番号・登録記号番号・助産所コードを記載している (様式1)  |
| (3) | ✓ | (2) がない場合に保険診療を実施していることを証明できる書類 (請求明細書等) があり、県からの要望に応じて提出することができる。(申請時は提出不要) |

各項目をご確認の上、プルダウンでチェックをお願いします

Excelでの入力の場合は  
自動計算で自動入力されます

# 【歯科技工所記入例】

(様式第2号-2)

## 口座振込依頼書

令和8年(2026年)〇月〇日

※提出日を記載してください。

(あて先)

滋賀県知事

〒 520-9999

住 所

大津市京町一丁目●番●号

電話番号

077-9999-9999

申請者名

株式会社●●デンタルラボラトリ

(法人名)

ー 代表取締役 滋賀 健太郎

受領する支援金については、下記の口座に振り込んでください。

|                    |                 |                    |       |                    |   |   |   |   |
|--------------------|-----------------|--------------------|-------|--------------------|---|---|---|---|
| 金融機関名              | ■ ■             | 銀行・信用金庫<br>信用組合・農協 | ▲ ▲   | 本店・支店<br>本所・支所・出張所 |   |   |   |   |
| 預金の種類              | 1. 普通(総合口座)     |                    | 2. 当座 |                    |   |   |   |   |
| ※どちらか一方に○印をお願いします。 |                 |                    |       |                    |   |   |   |   |
| 口座番号               | ○               | ○                  | ○     | ○                  | ○ | ○ | ○ | 番号は右づめで<br>ご記入ください。                                   |
| 口座名義               | フリガナ            | カ) ● ● デンタルラボラトリ   |       |                    |   |   |   | 預金通帳に記載さ<br>れているとおりに<br>ご記入ください。<br>30文字まで登録<br>できます。 |
|                    | 株式会社●●デンタルラボラトリ |                    |       |                    |   |   |   |   |

※口座は、申請者と同一名義に限ります。(個人の場合は開設者名)

※下記に通帳の写しを貼付してください。

(必ず、口座番号および口座名義(カナ)が印字されている面)

※コピーを別紙で同封頂いても可能です