

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給要綱

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、原油価格や電気・ガス料金を含む物価高騰（以下「物価高騰」という。）による経営環境への影響を受けながらも、サービスの提供を維持しながら運営を続けている医療施設等を支援するため、予算の範囲内において大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金（以下「給付金」という。）を支給することとし、給付金の支給に関してはこの要綱の定めるところによる。

(支給対象施設)

第 2 条 支給対象施設は、次のいずれにも該当するものとする。

- (1) 大洲市内に所在し、現に事業を営んでいる別表に定める施設
- (2) 物価高騰による運営費増加額が 1 万円以上となる施設

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する施設は支給の対象外とする。

- (1) 大洲市暴力団排除条例（平成 2 3 年大洲市条例第 2 2 号）第 2 条に規定する暴力団員等又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有する者が設置する施設
- (2) 市税に未納がある者（法人を含む。）が設置する施設
- (3) 上記のほか、本給付金の趣旨及び目的に照らして適当でないと市長が認める施設

(給付金の額)

第 3 条 給付金の額は、各施設における物価高騰による運営費増加額が、別表の左欄に掲げる施設区分（支給対象施設）に応じ、同表の右欄に定める額（以下「支給単価」という。）以上の場合は支給単価を支給し、支給単価未満の場合は、運営費増加額（1 万円未満切捨て）を支給する。

(支給回数)

第 4 条 給付金の支給は、1 施設につき 1 回限りとする。

(支給申請)

第 5 条 給付金の支給を受けようとする者は、大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給申請書（様式第 1 号）に関係書類を添えて、別に定める期日までに市長に提出しなければならない。

(支給決定)

第 6 条 市長は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、支給を決定したときは、大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給決定通知書（様式第 2 号）により、支給しないことを決定したときは大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金不支給決定通知書（様式第 3 号）により申請者に通知するものとする。

(支給決定の取消し)

第7条 市長は、給付金支給決定後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、給付金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

2 市長は、前項において支給決定の全部又は一部を取り消した場合は、大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給決定取消通知書（様式第4号）により、速やかに対象者へ通知するものとする。

(給付金の返還)

第8条 市長は、前条の規定により支給の決定を取り消した場合において、既に給付金を支給しているときは、大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金返還通知書（様式第5号）により、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(関係書類の保管)

第9条 給付金の支給を受けた者は、申請に係る証拠書類を整理し、給付金の支給年度の翌年から起算して5年間保管しなければならない。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和7年9月30日をもってその効力を失う。ただし、同日までに第6条の規定により支給決定した給付金に係るこの要綱の規定については、同日以後もその効力を有する。

別表（第2条、第3条関係）

単位：千円

| 施設区分（支給対象施設）                       |                                                        | 支給単価 |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|------|
| 病院、有床診療所（保険医療機関に限る。）<br>（病床数による支給） |                                                        | 10／床 |
| 無床診療所＜医科・歯科＞（保険医療機関に限る。）           |                                                        | 30   |
| 訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者に限る。）          |                                                        | 30   |
| その他                                | 施術所（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師が開設している施術所に限る。出張専門を含む。） | 30   |
|                                    | 薬局（保険薬局に限る。）                                           | 30   |

ただし、施設区分（支給対象施設）は、法令等に基づき、国、県又は市町が認可若しくは指定等をし、又は設置若しくは事業開始の届出等を受理したものに限る。



大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給申請書

提出日: 年 月 日

大洲市長 二宮 隆久 様

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給要綱第5条の規定に基づき、給付金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 円

1. 申請者情報

|                       |              |                  |  |
|-----------------------|--------------|------------------|--|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |                  |  |
| 役職・代表者名               |              |                  |  |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) | 〒                |  |
|                       | 住所           |                  |  |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |
| (責任者メールアドレス)          |              |                  |  |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |
| (担当者メールアドレス)          |              |                  |  |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。

2. 振込口座情報

|                   |                                                         |          |  |           |  |  |  |
|-------------------|---------------------------------------------------------|----------|--|-----------|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                         |          |  | 支店名       |  |  |  |
| 金融機関コード(4桁)       |                                                         |          |  | 支店コード(3桁) |  |  |  |
| 口座種別              | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号(7桁) |  |           |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                         |          |  |           |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

| 施設区分 | 施設名 | 所在地 | 医療機関等コード | 病床数 | 運営費増加額(円) | 支給額(円) |
|------|-----|-----|----------|-----|-----------|--------|
|      |     |     |          |     |           | 0      |
|      |     |     |          |     |           | 0      |
|      |     |     |          |     |           | 0      |
|      |     |     |          |     |           | 0      |
|      |     |     |          |     |           | 0      |
|      |     |     |          |     |           | 0      |
| 合計   |     |     |          |     |           | 0      |

※施設名は略さずに正式名称を記入すること。  
※医療機関等コードのない施設については、医療機関等コードの記載は不要。

4. 支給要件

|                                                                                                                                                        |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 各施設における、物価高騰による運営費増加額(令和6年6月から令和6年9月までの光熱水費、燃料費、食材料費、資材費等の運営費の実績と前年同期間の実績との比較※)は上記運営費増加額のとおりで相違ありません。<br>※令和6年7月1日以降に運営開始した施設の運営費増加額の算定方法は、給付金申請要領による。 | 左記に相違ない場合<br>✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

<裏面>

## 5. 誓約事項

- (1) 大洲市暴力団排除条例第2条に規定する暴力団、暴力団員若しくは暴力団員等又はこれらの者と社会的に非難されるべき関係を有していないこと。
- (2) 市税に未納がないこと。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに給付金を返還し、支給を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されること。

|                                                                                                                                                                       |                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金を申請するにあたり、上記の事項について誓約します。なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、一切の異議を申し立てません。</p> <p>住所 _____</p> <p>法人名 _____</p> <p>代表者職氏名 _____</p> | <p>誓約する場合、<br/>以下に✓を記入</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

## 6. 提出書類

### ①申請書(本紙)

- ②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙裏側のコピーなど))

※電子メールによる申請の場合、写真データ等で可

### 【電子メール提出時の注意事項】

担当者は、以下の①及び②の両方のアドレスに、メール送付してください。

- ①受付先アドレス(kenkouzoushinka@city.ozu.ehime.jp)
- ②「1. 申請者情報」に記載した「責任者」のメールアドレス

※①と同時に必ずTo又はCcで送付してください。

第 号  
年 月 日

様

大洲市長  
(公印省略)

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給決定通知書

年 月 日付で、支給申請のありました大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金は、下記のとおり支給することに決定しましたので通知します。  
なお、給付金は申請書に記載のある金融機関の当該口座に振り込みます。  
今後におきましても、引き続き安定的な医療提供にご協力をお願いいたします。

記

1 支給決定金額 金 \_\_\_\_\_ 円

第 号  
年 月 日

様

大洲市長  
(公印省略)

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金不支給決定通知書

年 月 日付で、支給申請のありました大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金は、下記の理由により支給しないことに決定しましたので通知します。

記

- 1 不支給の理由：

第 号  
年 月 日

様

大洲市長  
(公印省略)

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金支給決定取消通知書

年 月 日付で支給決定した大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金については、下記の理由により当該決定の（全部又は一部）を取消したので通知します。

記

1 取消の事由



第 号  
年 月 日

様

大洲市長  
(公印省略)

大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金返還通知書

年 月 日付で、支給決定を取消した大洲市医療施設等物価高騰対策支援給付金は、下記により返還するよう通知します。

記

- 1 返還金額 金 円
- 2 返還期限 年 月 日
- 3 返 還 先 (大洲市公金口座)