

様式第1号（表面）

柔道整復施術所支援金給付申請書

（宛先）高崎市長

申請日

令和6年4月3日

下記のとおり支援金の給付を受けたいので、高崎市柔道整復施術所支援金給付要綱第6条の規定により申請します。

記

1 申請額 金 30,000 円

2 申請者

フリガナ	〇〇セッコツイン		
施設名称	〇〇接骨院		
施設の所在地	〒	370-0829	
	住所	高崎市高松町5番地28	
開設者氏名	高崎 太郎 <small>（開設者が法人の場合は法人名及び代表者の役職氏名）</small>		
連絡先	027-381-6111		

年間（4月から翌年3月末まで）の延べ患者数（見込）を記入してください。

年間延べ患者数	100人
上記のうち、高校卒業までの子の患者数	20人

申請書（様式第1号）は裏面にも記載事項があります。
表面と裏面の両方に記載のうえ、提出してください。
（印刷の方法は、両面印刷・片面印刷いずれの方法でも可能です。）

様式第1号（裏面）

3 下記事項を確認のうえ、すべてに該当する場合は該当欄に「○」を記入してください。

※該当しない場合（×を記入された場合）は支援金を給付することができません。

該当欄

- ① 申請する施術所は、柔道整復師法第19条に規定する施術所の届出を行っている。
- ② 申請日時点において市内で事業を行っており、今後も市内で事業を継続する意思がある。
- ③ 福祉医療制度（併用可能な医療費助成制度を含む）の適用を受ける者のうち、高等学校卒業までの子ども（満18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）の施術費用について、当該制度の助成対象とならない材料費を、支援金の給付を受けようとする年度において負担する。
- ④ 高崎市暴力団排除条例に規定する暴力団及び暴力団員等のいずれにも該当していない。

4 下記事項のすべてに同意する場合は同意欄に「○」を記入してください。

※同意しない場合（×を記入された場合）は支援金を給付することができません。

同意欄

- ① 支援金の給付に係る予算の適正を期するため必要がある場合、報告又は帳簿書類等の調査に応じること。
- ② 支給要件を満たさなくなったとき、又は虚偽その他不正により給付を受けたことが明らかになったとき等、給付の決定が取り消された場合は、支援金の一部又は全部の返還に応じること。