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　　　年　　月　　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 |  |
| 施設名称 |  |
| 施設の所在地 | 〒 |  |  |
| 住所 |  |
| 開設者氏名 | （開設者が法人の場合は法人名及び代表者の役職氏名） |
| 連絡先 |  |

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 | 人 |
| 上記のうち、高校卒業までの子の患者数 | 人 |

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。