

関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱

（目的）

第1条 この告示は、電気、ガス料金等の高騰により著しい影響を受け、地域で求められる医療を提供する医療機関等に対し、関市地域医療機関等物価高騰対策支援金（以下「支援金」という。）を交付することにより、医療の提供の継続を支援し、経営の安定化を図ることを目的とする。

（交付対象医療機関）

第2条 支援金の交付対象となる医療機関等は、令和7年12月1日（以下「基準日」という。）時点で市内に事業所を開設しており、かつ、同日から第4条第1項の規定による申請をする日までの間その事業を継続している者のうち、次に掲げるものとする。

- （1） 健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第3項第1号に規定する保険医療機関。ただし、関市国民健康保険診療所条例（平成16年関市条例第69号）第2条に規定する診療所を除く。
- （2） 健康保険法第63条第3項第1号に規定する保険薬局
- （3） 医療法（昭和23年法律第205号）第2条第1項に規定する助産所であって、同法第8条の規定による届出をしているもの。ただし、出張訪問のみ行うものを除く。
- （4） その他市長が適当と認める医療機関等

（支援金の額及び交付回数）

第3条 支援金の額は、基準日において医療機関等が有する病床数に10,000円を乗じて得た額と100,000円のいずれか多い額とする。

2 支援金の交付回数は、一の医療機関等につき1回とする。ただし、同一敷地内に所在する医療機関等で、医業及び歯科医業を行うものは、一の医療機関等とみなす。

（支援金の交付申請等）

第4条 支援金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、令和8年2月20日までに関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書（別記様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の規定により申請があったときは、その内容を審査し、支援金を交付するかどうかを決定し、関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付（不交付）決定通知書（別記様式第2号）により申請者に通知する。

3 市長は、前項の規定による支援金の交付決定について条件を付けることができる。

（支援金の交付請求）

第5条 前条第2項の規定により、支援金の交付決定の通知を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、当該通知を受けた後速やかに関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付請求書（別記様式第3号）を市長に提出しなければならない。

（支援金の交付）

第6条 市長は、前条の規定により請求書の提出があったときは、その内容を審査し、適当と認めたときは支援金を交付するものとする。

（支援金の交付決定の取消し等）

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当するときは、支援金の交付決定を取り消し、又は期限を定めて既に交付した支援金を返還させることができる。

（1） 交付決定者が偽りその他不正の行為により支援金の交付決定を受けたことが明らかになったとき。

（2） その他市長が支援金の交付を適当でないと認めたとき。

2 市長は、前項の規定により、支援金の交付決定を取り消し、又は既に交付した支援金を返還させるときは、関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付決定取消（返還）通知書（別記様式第4号）により交付決定者に通知する。

（委任）

第8条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期間）

1 この告示は、令和8年1月7日から施行する。

（失効）

2 この告示は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日まで

に支給決定した支援金に係る第7条の規定の適用については、同日後もなおその効力を有する。

別記様式第1号（第4条関係）

年 月 日

関 市 長 様

所在地

施設名

代表者職・氏名

電話番号

関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付申請書

関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

支援金交付申請額 金 円

（有床の医療機関等の算出内訳）

病床数	支援金交付申請額
	円

別記様式第2号（第4条関係）

関市指令 第 号

所在地

施設名

代表者氏名 様

関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった関市地域医療機関等物価高騰対策支援金の交付につきましては、次のとおり決定しましたので、関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第4条第2項の規定により通知します。

年 月 日

関市長 印

決 定 の 内 容	交付・不交付
支 援 金 の 額	円
不 交 付 の 理 由	
備 考	

注意事項

交付決定者が偽りその他不正の行為により支援金の交付決定を受けたことが明らかになったときその他市長が支援金の交付を適当でないと認めたときは、支援金の交付の決定を取り消し、又は既に交付した支援金を返還させることがあります。

別記様式第3号（第5条関係）

年 月 日

関市長 様

所在地

施設名

代表者職・氏名

電話番号

担当者氏名

関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付請求書

年 月 日付け関市指令 第 号で交付決定を受けた関市地域医療機関等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、関市地域医療機関等物価高騰対策支援金交付要綱第5条の規定により請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

関市指令 第 号

代表者氏名 様

次のとおり、 年 月 日付け関市指令 第 号に

ので関市

関市長 印

取消し・返還の理由					
返 還 額	円		返 還 期 限	年 月 日	