（様式１号）

長野県特別高圧受電医療機関電気料金負担軽減支援金  
交付申請書兼実績報告書

（１回目・２回目）

令和　　年　　月　　日

長野県知事　様

住　所

名　称

代表者氏名

長野県特別高圧受電医療機関電気料金負担軽減支援金交付要綱第４の規定により、下記のとおり支援金の

交付を申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　円　（１回目交付申請額※　　　　　　　　　　円）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※２回目の申請の場合に記載

２　特別高圧受電施設の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 |  |
| 施設の所在地 | 長野県 |
| 交付申請に係る支援対象月 | 令和　　年　　　月から令和　　年　　　月 |
| 支援対象月の電気使用量合計 | ＫＷｈ |

３　添付書類

1. 交付申請額計算書（様式２号）
2. 誓約書（様式３号）
3. 特別高圧の契約を締結していることを証する書類（契約書または請求書の写し等）
4. 特別高圧受電施設の支援対象月の電気使用量を証する書類（請求書の写し等）

（連絡担当者）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者所属・役職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| Ｅメールアドレス |  |

（様式３号）

誓約書

令和　　年　　月　　日

長野県知事　様

住　所

名　称

代表者氏名

長野県特別高圧受電医療機関電気料金負担軽減支援金の交付申請を行うにあたり、次の事項について誓約します。

（誓約の場合、□にチェックを入れてください）

申請書類に記載された内容及びその他提出書類に虚偽はありません。

長野県暴力団排除条例（平成23年３月17日条例第21号）に規定する暴力団又は暴力団員等に

該当する者、暴力団員が役員である者又は暴力団と密接な関係を有している者ではありません。

長野県から検査・報告・是正のための措置の求めがあった場合は、これに応じます。

（様式４号）

長野県特別高圧受電医療機関電気料金負担軽減支援金請求書

令和　　年　　月　　日

長野県知事　様

住　所

名　称

代表者氏名

令和　　年　　月　　日付長野県達　医第　　号で額の確定のあった支援金を下記のとおり請求します。

記

１　請求額 　　　　　　　　　　　　　　　円

２　支援金の振込先口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名等 |  |
| 口座の種類 |  | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | |

３　添付書類（２紙目の申請の場合は不要）

金融機関名、口座番号、名義人等が確認できる書類（通帳の写し等）