

鹿児島県知事 殿

## 支給対象薬局申立書

令和4年度鹿児島県保険薬局物価高騰対策支援給付金の支給対象薬局であることを申し立てます。

## 記

## 1. 申立者情報

(メール提出の場合押印不要)

法人名 (個人事業主の場合は個人名)				印
役職・代表者名				
法人所在地 (個人事業主の場合は住所)	郵便番号 (ハイフンあり)			
	住所			
責任者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(責任者メールアドレス)				
担当者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(担当者メールアドレス)				
保険薬局	保険薬局コード			
	名称			
	所在地			

※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 ※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)  
※振込口座を確認できる書類の写し(通帳等の金融機関名・口座番号・口座名義人を確認できる部分が明瞭に判別できるもの)を添付してください。  
※ゆうちょ銀行を御指定の場合は、他金融機関からの受取口座を御記入ください。