

令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金

令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金

<電子申請マニュアル>

令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金事務局
令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金事務局

初版 2024.04.22

電子申請入力マニュアル 目次

1.電子申請フォームへのアクセス	4
2.申請情報の入力【共通】	5
2.申請情報の入力【光熱費】	8
2.申請情報の入力【食材費】	10
4.支援金の振込先情報【共通】	12
5.個人情報の取り扱いに関する同意【共通】	12
6.確認画面【共通】	14
7.申請内容の確認【共通】	15
お問い合わせ	15

電子申請の方法

■電子申請の方法

1. 電子申請フォームへのアクセス

- ①電子申請フォームへアクセスしてください。
- ② [必ずお読みください] の項目をご一読いただき、下部より入力を開始してください。
※申請操作中のデータの一時保存機能はございません
※アップロードファイル（通帳コピー画像データ等）は事前に全てデータ化の準備をお願いいたします。
※ドメイン設定をされている場合、@tochigi-iryoshien.com のドメインから受信できるように設定してください

令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金

**令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
交付申請フォーム**

必ずお読みください

- 審査中の申請者からの変更を防ぐため、申請後の変更・修正（提出書類を含む）はオンライン上で変更できません。申請した内容に変更がある場合は、事務局（TEL 028-666-7753 平日9:00～17:00）までご連絡ください。
- 申請前に必ず提出書類を準備してから申請してください。
- 申請操作中のデータの一時保存機能はありません。
- 登録内容の自動返信メールが送信されます。@tochigi-iryoshien.comのドメインから受け取れるように設定をお願いします。

栃木県知事 福田 富一様

このことについて、令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金を下記のとおり交付されるよう、栃木県補助金等交付規程第4条及び第13条の規定により必要書類を添えて申請及び実施を報告します。
併せて、当該支援金を交付されるよう、同規程第18条の規定により請求しますので、振込は下記振込先情報に記載の口座までお願いします。

令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金

**令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金
交付申請フォーム**

必ずお読みください

- 審査中の申請者からの変更を防ぐため、申請後の変更・修正（提出書類を含む）はオンライン上で変更できません。申請した内容に変更がある場合は、事務局（TEL 028-666-7753 平日9:00～17:00）までご連絡ください。
- 申請前に必ず提出書類を準備してから申請してください。
- 申請操作中のデータの一時保存機能はありません。
- 登録内容の自動返信メールが送信されます。@tochigi-iryoshien.comのドメインから受け取れるように設定をお願いします。

栃木県知事 福田 富一様

このことについて、令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金を下記のとおり交付されるよう、栃木県補助金等交付規程第4条及び第13条の規定により必要書類を添えて申請及び実施を報告します。
併せて、当該支援金を交付されるよう、同規程第18条の規定により請求しますので、振込は下記振込先情報に記載の口座までお願いします。

■電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

2.申請情報の入力

令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金に係る宣誓・同意

内容を確認の上、□にチェックをして、日付と代表者名を入力してください。
(全てにチェックが入らない場合は支援金の交付対象となりません。)

- 「令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金（以下「支援金」という）事務手続について」を全て確認し、全ての交付要件を満たしています。
- 支援金の不交付要件に該当しません。
- 申請書類等の提出書類の内容に虚偽や不正はありません。
- 申請内容の裏付けとなる証拠書類を5年間保存するとともに、栃木県から書類の追加提出等の求めや、報告及び是正のための措置の求めがあった場合には、これに応じます。
- 申請書類等の提出書類に記載された情報を、税務当局、警察、市町村等の行政機関の求めに応じて提供することに同意します。
- 申請内容に不備等があり、令和6年6月14日(金)午後5時までに補正が完了しない場合には、原則申請が取り下げられたものとみなすことに同意します。

日付

代表者名

宣誓・同意

誓約内容6項目を確認し、全てのチェックボックスにチェックを入れ、同意した日付、代表者名を入力してください。

全てにチェックが入らない場合は、支援金の交付対象となりません。

【法人開設での申請】

開設者ごとの申請になりますので、医療機関等を法人が開設している場合には、法人本部で県内の運営医療機関をとりまとめて申請してください。

1 申請者情報

必須 申請者の形態

法人 個人

法人

必須 法人名

必須 フリガナ（全角カタカナ）

必須 は入力必須項目です

申請者の形態

申請者の形態（法人、個人事業主）により、入力内容が一部異なります。正しく選択してください。

法人での申請

申請者の形態項目にて、「法人」を選択してください。

法人名

保健所等に届け出ている正式な法人名称を入力してください。

■ 電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

2. 申請情報の入力【法人開設での申請】

必須 所在地

法人の主たる施設等の住所を入力してください。主たる施設等が県外の場合でも、栃木県内に医療機関がある場合は申請可能です。

郵便番号 - **住所検索**

都道府県

市区町村

番地 他

建物名

必須 代表者職名

理事長

必須 代表者職名フリガナ (全角カタカナ)

リジチョウ

必須 代表者名

姓 名

必須 代表者名フリガナ (全角カタカナ)

セイ メイ

必須 担当者名

姓 名

必須 担当者電話番号 (半角数字)

平日に連絡が取れる電話番号を記入してください。

- -

必須 担当者メールアドレス

確実に連絡が取れるメールアドレスを記載してください。

*****@*****

▼確認のためもう一度ご入力ください。

*****@*****

※ドコモ、au、ソフトバンクなど、携帯キャリアが提供するメールアドレス（「@docomo.ne.jp」「@softbank.ne.jp」等）は、メールが届かない場合がありますのでご登録をお控えください。

必須 確認画面用パスワード

登録完了のメールに添付される申請内容 (EXCEL) を開く際に必要なパスワードです。必ずメモを取るなどしてお控えください。

半角英数字記号 8 文字以内を入力してください。※使用禁止文字【#<>^;】

▼確認のためもう一度ご入力ください。

必須 は入力必須項目です

所在地

法人の主たる事務所の所在地を入力してください。

郵便番号を入力し、「住所検索」をクリックすると、自動で該当住所が反映されます。

市区町村以降の番地、ビル名等も正確に入力してください。

代表者職名

法人代表者の役職名を入力してください。

代表者名

申請法人の代表者名を入力してください。

担当者名

本申請における担当者のお名前を入力してください。

申請書類に不備等があった際、基本的にこちらに入力された担当者宛に連絡いたします。

担当者電話番号

日中に連絡のつく電話番号を入力してください。

申請書類に不備等があった際、こちらに入力された電話番号にお電話します。

担当者メールアドレス

確実に連絡がつくメールアドレスを入力してください。

本電子申請の登録完了メール等が、こちらに入力されたメールアドレス宛に配信されます。

確認画面用パスワード

担当者メールアドレスへ送信される「登録完了メール」に添付される申請内容(Excel)を開く際に必要なパスワードです。必ずメモを取るなどしてお控えください。

半角英数字記号(使用禁止文字を除く)の8文字以内で設定してください。

※使用禁止文字

【#(番号記号)<>(不等号)^(キャレット);(セミコロン)_ (アンダーバー)

■ 電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

2. 申請情報の入力【個人開設での申請】

1 申請者情報

必須 申請者の形態

法人

個人

個人

必須 申請者名（開設者名）

医療機関等の開設者を申請者として記入してください。

姓 名

必須 申請者名フリガナ（全角カタカナ）

セイ メイ

必須 所在地

法人の主たる施設等の住所を入力してください。主たる施設等が県外の場合でも、栃木県内に医療機関がある場合は申請可能です。

郵便番号 -

都道府県

市区町村

番地 他

建物名

必須 担当者名

姓 名

必須 担当者電話番号（半角数字）

平日に連絡が取れる電話番号を記入してください。

- -

必須 担当者メールアドレス

確実に連絡が取れるメールアドレスを記載してください。

▼確認のためもう一度ご入力ください。

※ドコモ、au、ソフトバンクなど、携帯キャリアが提供するメールアドレス（「@docomo.ne.jp」「@softbank.ne.jp」等）は、メールが届かない場合がありますのでご登録をお控えください。

必須 確認画面用パスワード

登録完了のメールに添付される申請内容（EXCEL）を開く際に使用するパスワードです。必ずメモを取るなどしてお控えください。

半角英数字記号8文字以内を入力してください。※使用禁止文字【#<>^;_】

▼確認のためもう一度ご入力ください。

確認画面用パスワード

担当者メールアドレスへ送信される「登録完了メール」に添付される申請内容(Excel)を開く際に必要なパスワードです。必ずメモを取るなどしてお控えください。

半角英数字記号(使用禁止文字を除く)の8文字以内で設定してください。

※使用禁止文字

【#(番号記号)<>(不等号)^(キャレット);(セミコロン)_ (アンダーバー)

必須

は入力必須項目です

申請者の形態

申請者の形態（法人、個人事業主）により、入力内容が一部異なります。正しく選択してください。

個人での申請

申請者の形態項目にて、「個人」を選択してください。

申請者名（開設者名）

申請施設における、保健所等へ届け出た開設者の氏名を入力してください。

所在地

法人の主たる事務所の所在地を入力してください。

郵便番号を入力し、「住所検索」をクリックすると、自動で該当住所が反映されます。

市区町村以降の番地、ビル名等も正確に入力してください。

担当者名

本申請における担当者のお名前を入力してください。

申請書類に不備等があった際、基本的にこちらに入力された担当者宛に連絡いたします。

担当者電話番号

日中に連絡のつく電話番号を入力してください。

申請書類に不備等があった際、こちらに入力された電話番号にお電話します。

担当者メールアドレス

確実に連絡がつくメールアドレスを入力してください。

本電子申請の登録完了メール等が、こちらに入力されたメールアドレス宛に配信されます。

■電子申請の方法

光熱費 医療機関等光熱費高騰対策追加支援金

2.申請情報の入力

2 申請する医療機関等の情報

必須 申請する医療機関等の数

必須 医療機関等の種別(1)

種別を選択してください

種別を選択してください

- 1 病院群輪番制病院（三次救急医療機関を除く）
- 2 無床診療所
- 3 歯科診療所
- 4 助産所
- 5 訪問看護ステーション
- 6 あはき施術所
- 7 柔整施術所
- 8 歯科技工所
- 9 登録衛生検査所

・個人の場合は、開設者名義のものに限る

必須 は入力必須項目です

申請する医療機関等の数

申請する施設数を選択してください。（最大10施設）

医療機関等の種別

該当する項目を選択してください。選択内容により、以降の入力内容が異なります。

表示される項目を入力してください。

医療機関の種別一覧

- | | |
|-------------------------|-----------|
| 1 病院群輪番制病院（三次救急医療機関を除く） | 6 あはき施術所 |
| 2 無床診療所 | 7 柔整施術所 |
| 3 歯科診療所 | 8 歯科技工所 |
| 4 助産所 | 9 登録衛生検査所 |
| 5 訪問看護ステーション | |

医療機関の種別別の必須入力項目一覧

	種別番号	項目
全共通	1～9	医療機関等の名称、医療機関等の所在地
1～7共通	1～7	令和5年度栃木県物価高騰対策支援金の交付状況 (交付決定番号：令和5年度栃木県物価高騰対策支援金、令和5年度下半期栃木県物価高騰対策支援金)
8～9共通	8、9	令和5年度栃木県物価高騰対策支援金の交付状況 (交付決定番号：令和5年度下半期栃木県物価高騰対策支援金)
	1	医療機関コード、許可病床数、許可病床数のうち休床中の病床
	6、7	受領委任登録、受領委任登録コードまたは治療を実施した日、紹介元の病院・診療所(※7ない場合はなしと記入)
全共通	1～9	[振込先情報]金融機関名、金融機関コード、支店名、支店番号、口座種別、口座番号、口座名義、通帳の写し(表紙、見開き)※ネットバンキング等はWEB画面

■電子申請の方法

光熱費

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金

2.申請情報の入力

【1 病院群輪番制病院（三次救急医療機関を除く）の申請対象病床数】※自動計算

必須 許可病床数
許可病床数を記載してください。
1000 床

必須 許可病床数のうち休床中の病床
R5.4.1からR6.3.31までの間に1日でも休床になる病床、返還予定の病床がありましたら記載してください。
10 床

自動 申請対象病床数
許可病床から休床中・返還予定の病床を除いた数
990 床

必須 は入力必須項目です

許可病床数

許可病床数を入力してください。

許可病床数のうち休床中の病床

令和5年4月1日から令和6年3月31日までの間に1日でも休床になる病床、返還予定の病床を入力してください。

申請対象病床数

自動で計算されます。入力する必要はありません。

3.申請額の計算※自動計算

自動 光熱費申請額
申請対象病床数×17千円
30 千円

光熱費申請額

自動で計算されます。入力する必要はありません。

医療機関の種別別の申請額一覧

種別番号	金額
1	申請対象病床数×17千円
2～4	75千円
5～9	30千円

光熱費申請額合計

光熱費申請額合計

自動で計算されます。入力する必要はありません。

自動 光熱費申請額合計
16935 千円

■電子申請の方法

食材費 食事療養提供体制支援金

2.申請情報の入力

2 申請する医療機関等の情報

必須 申請する医療機関等の数

1

必須 医療機関等の種別(1)

種別を選択してください

種別を選択してください

- 1 病院
- 2 有床診療所

必須 は入力必須項目です

申請する医療機関等の数

申請する施設数を選択してください。(最大10施設)

医療機関等の種別

該当する項目を選択してください。選択内容により、以降の入力内容が異なります。

表示される項目を入力してください。

医療機関の種別一覧

- 1 病院
- 2 有床診療所

医療機関の種別別の必須入力項目一覧

	種別番号	項目
全共通	1～2	医療機関等の名称、医療機関等の所在地、医療機関コード、許可病床数、許可病床数のうち休床中・返還予定の病床
全共通	1～2	[振込先情報]金融機関名、金融機関コード、支店名、支店番号、口座種別、口座番号、口座名義、通帳の写し(表紙、見開き)※ネットバンキング等はWEB画面

電子申請の方法

食材費 食事療養提供体制支援金

2.申請情報の入力

必須 許可病床数
許可病床数を記載してください。
900 床

必須 許可病床数のうち休床中・返還予定の病床
R6.4.1からR6.5.31までの間に1日でも休床になる病床、返還予定の病床がありましたら記載してください。
10 床

自動 申請対象病床数
許可病床から休床中・返還予定の病床を除いた数
890 床

必須 は入力必須項目です

許可病床数

許可病床数を入力してください。

許可病床数のうち休床中の病床

令和6年4月1日から令和6年5月31日までの間に1日でも休床になる病床、返還予定の病床を入力してください。

申請対象病床数

自動で計算されます。入力する必要はありません。

3.申請額の計算※自動計算

自動 食材費申請額
申請対象病床数×3,200円
3168000 円

食材費申請額

自動で計算されます。入力する必要はありません。

医療機関の種別別の申請額一覧

種別番号	金額
共通	申請対象病床数×3,200円

食材費申請額合計

自動で計算されます。入力する必要はありません。

自動 食材費申請額合計
3168000 円

■電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

4.支援金の振込先情報

支援金の振込先情報

- ・法人の場合は、法人又は法人代表者名義のものに限る
- ・個人の場合は、開設者名義のものに限る

※支援金の振込先として指定できる口座の情報を入力してください。
※通帳等に記載のとおり正確に入力してください。
※預金種別が当座の場合、見開きページがない場合は、銀行に確認したうえでご入力ください。

必須 金融機関名

医療銀行

必須 金融機関コード

0000

必須 支店名

県庁内支店

必須 支店番号（半角数字3桁）

000

必須 口座種別

普通

当座

必須 口座番号（半角数字7桁）

※ゆうちょ銀行は7桁の番号に変換して記入ください。

1234567

必須 口座名義（半角カタカナ）

口座名義を半角カタカナで記入してください。

伊のり子様

お振込み時のエラーを防ぐため、
スペースも含め必ず半角カタカナ
で入力してください。

必須 通帳の写し

表紙ページ

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

(10MBまで)

通帳の表面を添付してください。画像形式：jpeg/jpg/png/heic または PDF形式

※ネットバンキング等オンライン口座の場合は、口座名義（漢字）がわかる画像（WEB通帳の画面等）を添付してください。

例：ネットバンキング口座画面



必須

は入力必須項目です

金融機関名・コード

金融機関名と、金融機関コード
(4桁)を入力してください。

支店名・支店番号

支店名と、支店番号(3桁)を入力
してください。

口座種別・番号・名義

・口座種別

該当する方にチェックを入れて
ください。

・口座番号

7桁の口座番号を入力してくだ
さい。ゆうちょ銀行は7桁の番号に
変換して入力してください。

・口座名義(半角カタカナ)

必ず半角カタカナで入力してく
ださい。

通帳の見開きページに記載のカ
ナ名義を入力してください。

スペース(空白)の有無も含め、正
確に入力してください。

通帳の写し(表紙・見開き)

該当する箇所に画像形式
(jpeg,jpg,png,heic)またはPDF形
式を添付してください。

当座口座の方：

当座等通帳をお持ちでない場合
は、銀行名、支店名、口座番号、
名義（漢字・カナ）が分かる画
像等を添付してください。

※両方向同じ内容で構いません。

■ 電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

4. 支援金の振込先情報

見開きページ

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

(10MBまで)

通帳の見開きページを添付してください。画像形式: jpeg/jpg/png/heic または PDF形式

※ネットバンキング等オンライン口座の場合は、口座名義(フリガナ)がわかる画像(WEB通帳の画面等)を添付してください。

ゆうちょ銀行以外の場合

ゆうちょ銀行の場合

例: ネットバンキングの場合

※当座等通帳をお持ちでない場合は、銀行名、支店名、口座番号、名義(漢字・カナ)が分かる画像等を添付してください。

※両方同じ内容で構いません。

必須

は入力必須項目です

ネットバンキング等オンライン
口座の方:

・表紙ページ

口座名義(漢字)が分かる画面等
(Web通帳の画面を撮影したもの
等)を添付してください。

・見開きページ

口座名義

(フリガナ)が分かる画面等を添付
してください。

5. 個人情報の取り扱いについての同意

個人情報の取り扱いに関して

下記の内容をご確認のうえ、チェックを入れてください。

ご入力いただいたお客様の個人情報の取り扱いにつきましては、
適切に管理し、本事業の実施・運営や事務局からの
各種連絡・情報提供のために使用致します。

上記「個人情報の取り扱いについて」の内容に同意します。

確認画面へ

個人情報の取り扱いについて

内容を確認し、チェックボック
スにチェックを入れてください。

確認画面へ

ここまで入力いただいた内容に
漏れや誤りがないかご確認いた
だき、「確認画面へ」をクリッ
クしてください。ここまでの入
力内容に不備がなければ、確認
画面へ移行します。

■電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

6.確認画面

以下の項目にエラーがあります。

法人名フリガナが空欄です。
申請者名フリガナは60字以内で入力してください。
交付決定番号は8桁で入力してください。
表紙ページが選択されていません。
見開きページが選択されていません。

入力内容に不足等があった場合は、エラーメッセージが表示されます。

令和5年度栃木県医療機関等光熱費等高騰対策追加支援金 交付申請フォーム 確認画面

以下の内容で送信をします。修正が必要な場合は修正ボタンを押してください。

令和5年度栃木県医療機関等光熱費等高騰対策追加支援金に係る宣誓・同意

- 「令和5年度栃木県医療機関等光熱費等高騰対策追加支援金（以下「支援金」という）事務手続について」を全て確認し、全ての交付要件を満たしています。
- 支援金の不交付要件に該当しません。
- 申請書類等の提出書類の内容に虚偽や不正はありません。

修正する 送信する

確認画面

確認画面で再度、誤りがないか確認後、送信ボタンを押してください。修正する場合は、修正ボタンを押してください。

確認画面はスクロールで見ることができます。

令和5年度栃木県医療機関等光熱費等高騰対策追加支援金 交付申請フォーム

ご登録を受け付けました。

ご登録いただいたメールアドレスへ、ご確認内容のメールが送信されます。
あためて内容のご確認をお願いいたします。

お客様の個人情報（SSL（暗号化通信）にて保護されています。

県のホームページに戻る

送信完了

送信が完了後は、左の画面が表示されます。

「県のホームページに戻る」ボタンで県の支援金ページに移動します。

■電子申請の方法

共通

医療機関等光熱費高騰対策追加支援金
食事療養提供体制支援金

7.申請内容の確認

メール画面(ご利用のメーラーによって表示は異なります)

件名 「令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金」 交付申請を受け付けました。 [リンク先を見る](#)

差出人 宛先

医療 とちまる 様

「令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金」の申請を受け付けました。

添付の申請内容(Excel)をご確認ください。
※解凍パスワードは、申請フォームでご入力頂いた半角英数字記号8文字以内のパスワードです。

■お問い合わせ
令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金事務局
〒320-0075 栃木県宇都宮市宝木本町1141
TEL:028-666-7753 Fax:028-666-7763 [Mail:konetsu@tochigi-iryoshien.com](mailto:aaa@tochigi-iryoshien.com)

[令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金交付申請書](#)

申請完了後、申請時に入力したメールアドレス宛に登録完了のメールが届きます。

申請内容は添付の申請書に記載されます。内容のご確認をお願いします。

※解凍パスワードは、申請フォームでご入力頂いた半角英数字記号8文字以内のパスワードです。

※メールが届かない場合、『迷惑メール』のフォルダに格納されている場合がありますのでご確認ください。

申請書

このことについて、令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金を下記のとおり交付されるよう、栃木県補助金等交付規則第4条及び第13条の規定により別紙1から3を添えて申請及び実績を報告します。
併せて、当該支援金を交付されるよう、同規則第18条の規定により請求しますので、届込は下記届込先情報に記載の口座までお願いいたします。

1 申請者情報	
(フリガナ)	イリョウホウジントチマル
申請者名 (法人の場合は法人名)	医療法人とちまる
所在地	〒320-0027 栃木県宇都宮市堀田1-1-20
(フリガナ)	リジチョウ
代表者職名 (法人の場合)	理事長
(フリガナ)	イリョウ トチマル
代表者氏名 (法人の場合)	医療 とちまる
担当者	氏名 医政 ルリ
	電話番号 0123-45-6789
	メールアドレス (ない場合はFAX番号) aaa@tochigi-iryoshien.com

8.申請に不備があった、誤りに気付いた場合

申請内容に不備があった場合は後日、事務局より内容確認または追加書類の送付依頼でお電話する場合があります。

また、申請完了後に内容の修正・編集を行うことはできません。

申請完了後に内容の誤りに気付いた場合、事務局までご連絡ください。

■お問い合わせ

「令和5年度栃木県医療機関等光熱費高騰対策追加支援金事務局」

〒320-0075 栃木県宇都宮市宝木本町1141

TEL.028-666-7753 Fax.028-666-7763

Mail : konetsu@tochigi-iryoshien.com

「令和6年度栃木県食事療養提供体制支援金事務局」

〒320-0075 栃木県宇都宮市宝木本町1141

TEL.028-666-7753 Fax.028-666-7763

Mail : syokuzai@tochigi-iryoshien.com