

**愛知県医療機関等物価高騰対策支援金**  
**電子申請による申請**  
**データ入力の手順**

# 愛知県医療機関等物価高騰対策支援金 電子申請の流れ

## 手順1 書類を用意

### 手順1-1

問合せ番号、支援金の振込先に指定する口座の情報を確認

### 手順1-2

複数施設をまとめて申請する場合は、ポータルサイトから、様式第1別紙「申請施設の一覧表(病院・有床診療所・有床歯科診療所用)」、様式第2別紙「申請施設の一覧表(無床診療所・無床歯科診療所・薬局・助産所用)」、様式第3別紙「申請施設の一覧表(施術所・歯科技工所用)」をダウンロードし作成する。

燃油価格高騰対策支援対象施設の申請をする場合は、ポータルサイトから、様式第4別紙「医療機関別該当自動車一覧表」をダウンロードし作成する。

## 手順2 マイページの 作成

### 手順2-1

ポータルサイト「申請フォーム」に入り問合せ番号を入力し、メールアドレスを登録する。パスワード登録画面のURLが記載されたメールを受信する。

### 手順2-2

受信したメールに記載されたURLからパスワード登録画面に入りパスワードを登録し、「マイページ」を作成する。

## 手順3 申請フォーム ヘデータ 入力 ・ 添付書類を アップロード

### 手順3-1

「マイページ」から「申請フォーム」に入り、申請する様式を選択する。

### 手順3-2

誓約事項を確認し、チェックボックスにチェックを入れる。その後、必要事項をデータ入力する。

### 手順3-3

様式ごとに申請情報を入力し、手順1-2で作成した様式第1別紙、様式第2別紙、様式第3別紙、様式第4別紙を添付書類としてアップロードする。

### 手順3-4

振込先口座情報を入力する。申請者と、振込先口座名義人が異なる場合は、委任事項を入力する。

### 手順3-5

複数施設を一括申請する場合は、申請する施設のステータスを変更する。入力内容を再確認し、間違い等がなければ申請する。

## 手順4 申請受付完了メールの 受信確認

### 手順4

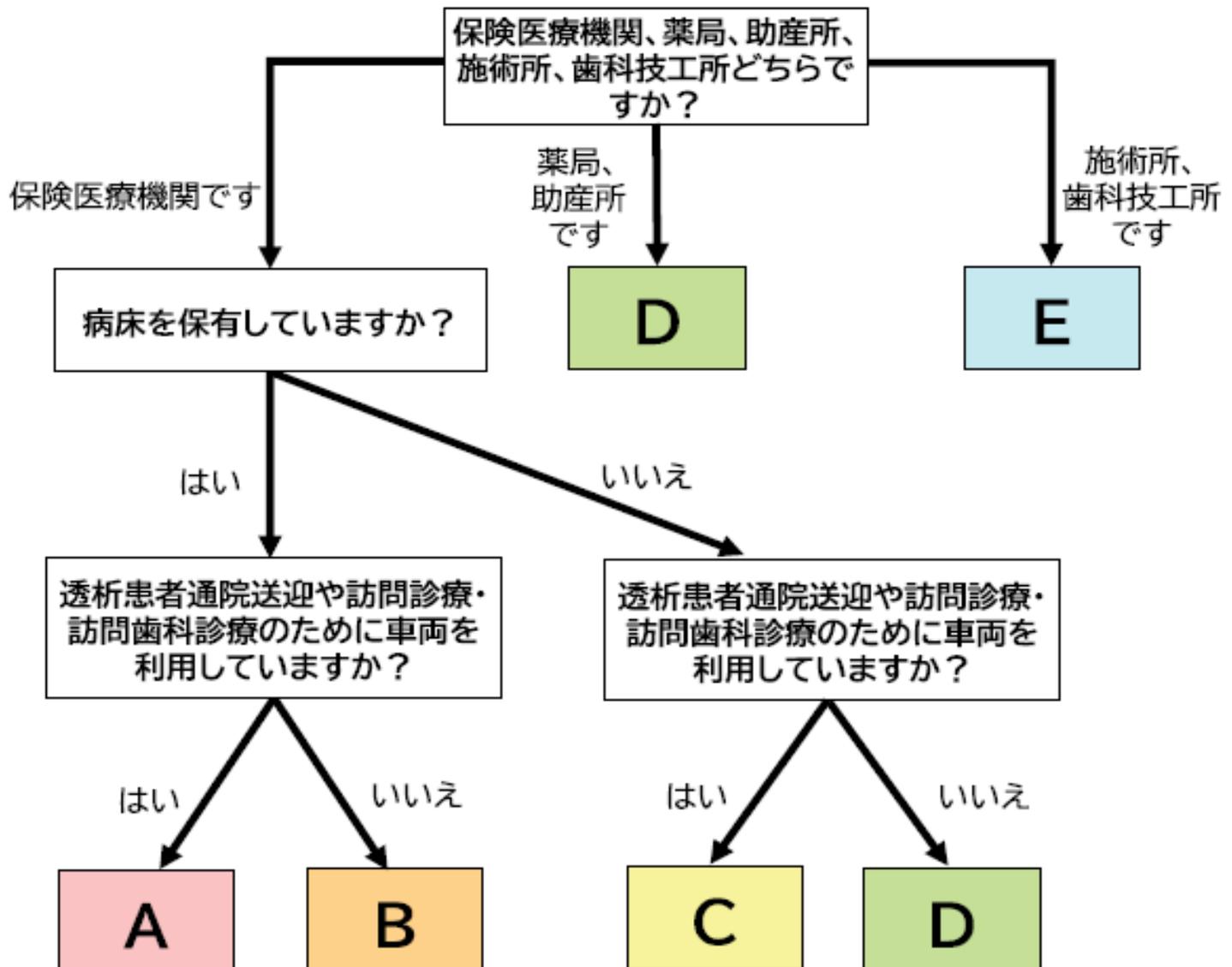
手順2-1で登録したメールアドレスに、申請受付完了メールが届いているか確認する。

〔受信完了確認メールが届いていない場合は、支援金コールセンターへ問合せする。〕

電子申請の完了

# 対象の申請書類の確認手順

## ■申請書類のフローチャート



A	B	C	D	E
【光熱費・食材費・診療経費等】 様式第1 様式第1別紙 【燃料費】 様式第4 様式第4別紙	【光熱費・食材費・診療経費等】 様式第1 様式第1別紙	【光熱費・診療経費等】 様式第2 様式第2別紙 【燃料費】 様式第4 様式第4別紙 ※施設をもたない場合は、様式第4及び様式第4別紙のみ申請してください。	【光熱費・診療経費等】 様式第2 様式第2別紙	【光熱費・診療経費等】 様式第3 様式第3別紙

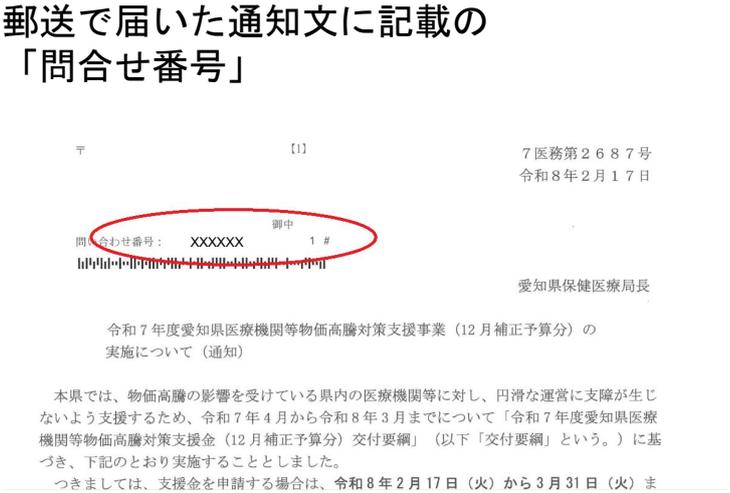
様式第1別紙、様式第2別紙、様式第3別紙は複数施設をまとめて申請する場合のみ提出が必要です。  
 様式第4別紙は、様式第4を申請する事業者は必ず提出が必要です。

## 手順1 書類を用意

### 手順1-1

通知文に記載の「問合せ番号」や振込先に指定する口座の情報を確認してください。

#### <用意する書類>

<p>①問合せ番号</p>	<p>郵送で届いた通知文に記載の 「問合せ番号」</p> 
<p>②支援金の振込先に指定する口座の 情報</p>	<p>「振込先口座の金融機関名」 「店名」 「預金種別」 「口座番号」 「口座名義（カナ）」</p>

手順 1 - 2

ポータルサイトの「申請フォーム」に入る前に、ポータルサイトから以下の申請書類をダウンロードし作成してください。

<用意する書類>

<p><b>様式第 1</b> (病院・有床診療所・有床歯科診療所)</p>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;複数施設をまとめて申請する場合のみ&gt;</b> 様式第1別紙「申請施設の一覧表(病院・有床診療所・有床歯科診療所用)」</p> <div style="text-align: right; font-size: small;">様式第1別紙</div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">申請施設の一覧表(病院・有床診療所・有床歯科診療所用)</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">交付申請総額合計 0円</p> <p style="font-size: x-small;">&lt;有床を有する施設&gt; 交付額：【光熱費】1床当たり53,000円(病床が2床以下の施設は1施設当たり135,000円) 【食料費】1床当たり7,000円 【診療経費等：病院】1床当たり8,000円 【診療経費等：有床診療所】1床当たり124,000円(病床が2床以下の施設は1施設当たり304,000円) 【診療経費等：有床歯科診療所】1床当たり124,000円(病床が2床以下の施設は1施設当たり257,000円)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>通番</th> <th>問合せ番号</th> <th>施設名</th> <th>施設種別</th> <th>所在地</th> <th>病床数 ※</th> <th>【光熱費】 交付申請額</th> <th>【食料費】 交付申請額</th> <th>【診療経費等】 交付申請額</th> <th>交付申請総額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">※令和7年4月1日時点での許可病床数(病床を除く)</p>	通番	問合せ番号	施設名	施設種別	所在地	病床数 ※	【光熱費】 交付申請額	【食料費】 交付申請額	【診療経費等】 交付申請額	交付申請総額	1						0円	0円		0円	2						0円	0円		0円	3						0円	0円		0円	4						0円	0円		0円	5						0円	0円		0円	6						0円	0円		0円	7						0円	0円		0円	8						0円	0円		0円	9						0円	0円		0円	10						0円	0円		0円
通番	問合せ番号	施設名	施設種別	所在地	病床数 ※	【光熱費】 交付申請額	【食料費】 交付申請額	【診療経費等】 交付申請額	交付申請総額																																																																																																						
1						0円	0円		0円																																																																																																						
2						0円	0円		0円																																																																																																						
3						0円	0円		0円																																																																																																						
4						0円	0円		0円																																																																																																						
5						0円	0円		0円																																																																																																						
6						0円	0円		0円																																																																																																						
7						0円	0円		0円																																																																																																						
8						0円	0円		0円																																																																																																						
9						0円	0円		0円																																																																																																						
10						0円	0円		0円																																																																																																						
<p><b>様式第 2</b> (無床診療所・無床歯科診療所・薬局・助産所)</p>	<p style="text-align: center;"><b>&lt;複数施設をまとめて申請する場合のみ&gt;</b> 様式第2別紙「申請施設の一覧表(無床診療所・無床歯科診療所・薬局・助産所用)」</p> <div style="text-align: right; font-size: small;">様式第2別紙</div> <p style="text-align: center; font-size: x-small;">申請施設の一覧表(無床診療所・無床歯科診療所・薬局・助産所用)</p> <p style="text-align: right; font-size: x-small;">交付申請総額合計 0円</p> <p style="font-size: x-small;">交付額：【光熱費】1施設当たり135,000円 【診療経費等：無床診療所】1施設当たり304,000円 【診療経費等：無床歯科診療所】1施設当たり257,000円 【診療経費等：薬局】1施設当たり152,000円 【診療経費等：助産所】1施設当たり51,000円</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>通番</th> <th>問合せ番号</th> <th>施設名</th> <th>施設種別</th> <th>所在地</th> <th>【光熱費】 交付申請額</th> <th>【診療経費等】 交付申請額</th> <th>交付申請総額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0円</td><td></td><td>0円</td></tr> </tbody> </table>	通番	問合せ番号	施設名	施設種別	所在地	【光熱費】 交付申請額	【診療経費等】 交付申請額	交付申請総額	1					0円		0円	2					0円		0円	3					0円		0円	4					0円		0円	5					0円		0円	6					0円		0円	7					0円		0円	8					0円		0円	9					0円		0円																														
通番	問合せ番号	施設名	施設種別	所在地	【光熱費】 交付申請額	【診療経費等】 交付申請額	交付申請総額																																																																																																								
1					0円		0円																																																																																																								
2					0円		0円																																																																																																								
3					0円		0円																																																																																																								
4					0円		0円																																																																																																								
5					0円		0円																																																																																																								
6					0円		0円																																																																																																								
7					0円		0円																																																																																																								
8					0円		0円																																																																																																								
9					0円		0円																																																																																																								

<用意する書類>

様式第3  
(施術所・  
歯科技工所)

<複数施設をまとめて申請する場合のみ>  
様式第3別紙「申請施設の一覧表(施術所・歯科技工所用)」

様式第3別紙

申請施設の一覧表(施術所・歯科技工所用)

交付申請額合計 0円

交付額：【光熱費】1施設当たり48,000円  
【診療経費等】1施設当たり51,000円

通番	問合せ番号	施設名	施設種別	所在地	【光熱費】 交付申請額	【診療経費等】 交付申請額	交付申請額
1					0円	0円	0円
2					0円	0円	0円
3					0円	0円	0円
4					0円	0円	0円
5					0円	0円	0円
6					0円	0円	0円
7					0円	0円	0円
8					0円	0円	0円
9					0円	0円	0円
10					0円	0円	0円
..					0円	0円	0円

様式第4  
(燃油価格高騰対策支  
援対象施設)

様式第4別紙「医療機関別該当自動車一覧表」

様式第4別紙

医療機関別該当自動車一覧表

問合せ番号

送人名

申請医療機関数(合計) 申請台数(合計) 申請額(合計)

↑申請する自動車のナンバー及び車種を記載してください。

問合せ番号	区分	地名	分類番号	D+E/F/G	一連指定番号			車種	地名	分類番号	D+E/F/G	一連指定番号	車種
					1	2	3						
1	医療機関名	例) 名古屋市	5 0 0	3	1	2	3	軽自動車					
	申請可能台数												
	基準額												
	申請台数												
	申請額												
2	医療機関名	例) 名古屋市	5 0 0	3	1	2	3	軽自動車					
	申請可能台数												
	基準額												
	申請台数												
	申請額												
3	医療機関名	例) 名古屋市	5 0 0	3	1	2	3	軽自動車					
	申請可能台数												
	基準額												
	申請台数												
	申請額												

## 手順2 マイページの作成

### 手順2-1

ポータルサイトの最上部の「申請フォーム」に入り、問合せ番号を入力の上、メールアドレスを登録してください。

局・助産所

申請フォーム 

「申請フォーム」ボタンをクリックする。

マイページへのログイン画面が表示されますので、「問合せ番号入力」ボタンをクリックしてください。

## マイページへのログイン画面

本ページは令和7年度愛知県医療機関等物価高騰対策支援金(12月補正予算分)の交付申請のトップ画面です。  
申請する方は、「問合せ番号」の入力に進んでください。

※これまでの支援金等の電子申請で、メールアドレス・パスワードを設定された方であっても、令和7年度愛知県医療機関等物価高騰対策支援金(12月補正予算分)については、再度メールアドレス・パスワードを設定して頂く必要があります。

すでに申請済みの方で、審査状況や、申請内容の確認をする場合は、メールアドレス (ID)、登録済みのパスワードを入力の上、マイページへログインしてください。

申請の手順はこちらを参照してください。⇒ [「電子申請による申請データ入力の手順」](#)

初めて申請する方はこちら	すでに申請済みの方はこちら
<p>問合せ番号入力</p> <p><a href="#">問合せ番号がわからない方は、ポータルサイトからご確認ください。</a></p>	<p>メールアドレス (ID)</p> <input type="text"/> <p>登録済みのパスワード</p> <input type="password"/> <p><a href="#">パスワードを忘れた方はこちら</a></p> <p>ログイン</p>

「問合せ番号入力」ボタンをクリックする。

安全に管理されます。



クリックして確認  
送信の前に安全確認を。

6桁の問合せ番号を入力し、送信ボタンをクリックしてください。

問合せ番号入力

問合せ番号はお送りした通知文の左上に記載しています。

〒 [1] 7医務第2687号  
令和8年2月17日

御中

問い合わせ番号： 1 #

愛知県保健医療局長

令和7年度愛知県医療機関等物価高騰対策支援事業（12月補正予算分）の  
実施について（通知）

本県では、物価高騰の影響を受けている県内の医療機関等に対し、円滑な運営に支障が生じ  
ないよう支援するため、令和7年4月から令和8年3月までについて「令和7年度愛知県医療  
機関等物価高騰対策支援金（12月補正予算分）交付要綱」（以下「交付要綱」という。）に基  
づき、下記のとおり実施することとしました。

つきましては、支援金を申請する場合は、令和8年2月17日（火）から3月31日（火）ま  
また、問合せ番号は[ポータルサイト](#)からも検索できます。

6桁の問合せ番号を入力してください。

問合せ番号

戻る

ご登録される情報は、[スパイラル株式会社](#)による情報管理システム「スパイラルバージョン1」にて安全に管理されます。

Powered by SPiRAL クリックして確認  
送信の前に安全確認を。

Copyright Aichi Prefecture. All Rights Reserved.

①6桁の問合せ番号を入力する。

②送信ボタンをクリックする。

メールアドレス、電話番号を入力し、「送信」ボタンをクリックしてください。

※受信拒否、選択受信を設定している方は、

[aichi-iryokikan-bukkakoutou@jimukyoku-public.jp](mailto:aichi-iryokikan-bukkakoutou@jimukyoku-public.jp)のメールが受信できるようあらかじめ設定してください。

(事務局からのメールが迷惑メールフォルダに分類されてしまう可能性があります。全てのメールフォルダを確認してください。)

メールアドレス登録

本ページは令和7年度愛知県医療機関等物価高騰対策支援金(12月補正予算分)の交付申請のメールアドレス登録画面です。

申請者の情報が間違いなければ、メールアドレスをご入力の上、送信ボタンを押してください。  
ご入力いただいたメールアドレスに「aichi-iryokikan-bukkakoutou@jimukyoku-public.jp」から交付申請用メールをお送りします。

問合せ番号	000009
施術所名	テスト医院
施術所所在地	111-2222 愛知県〇〇市〇〇町1丁目1番地
メールアドレス (ID)	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"><input style="width: 100%;" type="text" value="aichi.taro@〇〇〇.〇〇.jp"/><p style="font-size: x-small; color: red; margin-top: 5px;">① メールアドレス ●●●@aichi.jpのように、 ドメイン名まで入力してください。</p><p style="font-size: x-small; color: red; margin-top: 5px;">メールアドレスに入力間違いがないか再度確認をお願いいたします。 例：aichi@〇〇〇.co.jp 確認用に再度入力してください</p><input style="width: 100%;" type="text" value="aichi.taro@〇〇〇.〇〇.jp"/></div>
電話番号 <small>※連絡のとれる番号を記入してください</small>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: flex; align-items: center; gap: 10px;"><input style="width: 40px;" type="text" value="0000"/> - <input style="width: 40px;" type="text" value="00"/> - <input style="width: 40px;" type="text" value="0000"/></div> <p style="font-size: x-small; color: red; margin-top: 5px;">② 電話番号 日中連絡の取れる番号を入力してください。</p>
<span style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 15px; padding: 5px 10px; background-color: #ccc;">戻る</span>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"><span style="background-color: #4caf50; color: white; padding: 10px 20px; border-radius: 15px; font-weight: bold;">送信</span></div> <p style="font-size: x-small; color: red; margin-top: 5px;">③ 「送信」ボタンをクリックする。</p>

注意事項

※メールアドレスがIDとなります。  
※〇〇〇〇@〇〇〇〇のように、ドメイン名も入力してください。  
※株式会社エイチ・アイ・エスは愛知県から愛知県医療機関等物価高騰対策支援金<令和5年度上半期分>交付申請事業の委託を受けた事業者です。  
※受信拒否・選択受信設定をされている方は、「aichi-iryokikan-bukkakoutou@jimukyoku-public.jp」(事務局のメールアドレス)のメールが受信できるように設定してください。  
※迷惑メールフォルダに振り分けられる可能性がありますので、全てのメールフォルダを確認してください。  
※送信後、10分経過してもメールが届かない場合、再度手続きをお願いいたします。

メールアドレス、電話番号に間違いがないか確認し、「送信」ボタンをクリックしてください。

「送信」ボタンをクリックすると、登録したメールアドレスに、パスワード登録画面のURLが記載されたメールが届きます。

### メールアドレス登録

入力した内容を確認の上、送信ボタンを押してください。

問合せ番号	000009
施設名	テスト医院
申請者所在地	
メールアドレス (ID)	aichi.taro@ooo.o.jp
電話番号 ※連絡のとれる番号を記入してください	0000-00-0000

[戻る](#) [送信](#)

登録する情報は、暗号化された通信(SSL)で保護され、プライバシーマークやISO27001/JIS Q 27001, ISO27017, ISO20000-1, ISO9001などの認証を取得している [スパイラル株式会社](#)による情報管理システム「スパイラルバージョン1」にて安全に管理されます。

Copyright Aichi Prefecture. All Rights Reserved.

「送信」ボタンをクリックする。

## 手順 2-2

受信したメールに記載されたURLから「パスワード登録」画面に入り、パスワードを登録し、「マイページ」を作成してください。

パスワードの登録完了後は、マイページへのログイン画面に、登録したメールアドレス及びパスワードを入力することで、「マイページ」にログインすることが出来ます。

The screenshot shows a web page titled "パスワード登録" (Password Registration). The page contains the following text and elements:

- Header: パスワード登録
- Text: このページは令和7年度愛知県医療機関等物価高騰対策支援金(12月補正予算分)の交付申請のパスワード登録画面です。
- Text: パスワードを入力の上、送信ボタンを押してください。
- Form: A form with two input fields for password and confirmation. The first field is highlighted with a red box and a circled "1". Below it, red text reads: "半角8文字以上で入力してください" and "※英字・数字・記号のうち2種類の文字を使用し、半角8文字以上で入力してください".
- Button: A green button labeled "送信" (Send) is highlighted with a red box and a circled "2".
- Footer: A small text block states: "ご登録される情報は、スパイラル株式会社による情報管理システム「スパイラル [バージョン1]」にて安全に管理されます。" and a logo for "SPIRAL" with the text "クリックして確認" and "送信の前に安全確認を。"

Annotations:

- ① パスワード: パスワードを入力してください。 ※パスワードは、英字（大文字又は小文字）、数字、記号のうち2種類以上の文字を使用し、8文字以上で入力してください。
- ② 「送信」ボタンをクリックする。

## 手順3 申請フォームヘデータ入力・添付書類をアップロード

### 手順3-1

「マイページ」から「申請フォーム」に入り、申請区分と申請する様式を選択してください。

① 交付要綱の内容を確認し、チェックボックスにチェックを入れる。

② 「申請フォームへ」ボタンをクリックする。

## 申請フォーム

複数施設をまとめて申請することも可能です。  
同じ施設の申請が重複しないよう確認し、申請してください。

必要項目をすべてご入力の上、入力内容確認ボタンを押してください。

## 申請区分選択

必須

申請区分 (1)

①

- 複数の施設を一括申請  
 1施設のみ申請

※複数の施設を一括申請する場合は、入力内容確認「こちらから」から申請する施設のステータスの変更

### ①申請区分 (1)

複数の施設をまとめて申請するか、  
1施設のみを申請するかを選択して  
ください。

必須

申請区分 (2)

②

- 法人が運営している施設の申請  
 個人が運営している施設の申請

### ②申請区分 (2)

事業者区分を選択してください。

必須

施設区分

③

申請する施設はどちらに該当しますか

- 病院・有床診療所・有床歯科診療所  
 無床診療所・歯科診療所  
 薬局・助産所  
 施術所・歯科技工所

※病院・有床診療所と無床診療所を申請する場合は、  
ください。

### ③施設区分

申請する施設の区分を選択してくだ  
さい。施設区分を選択すると、対応  
する様式が以下に選択できるよう  
になります。

病院・有床診療所・有床歯科診療所  
→様式第1と様式第4が選択可  
無床診療所・歯科診療所  
→様式第2と第様式4が選択可  
薬局・助産所  
→様式第2が選択可  
施術所・歯科技工所  
→様式第3が選択可

※異なる施設区分の施設を申請する  
場合は、施設区分ごとに分けて別  
の問合せ番号から申請してくださ  
い。

必須

様式

④

申請される様式を以下から選択してください

- 様式第1：光熱費・食料・診療経費等 高騰対策用  
 様式第4：燃油価格高騰対策用

### ④様式

申請様式を選択してください。  
様式第1と様式第4又は様式第2と  
様式第4で申請される場合は、申請  
する様式を全て選択してください。

まだ入力が完了していません  
入力し忘れていた項目はありませんか？

まだ入力が完了していません  
入力し忘れていた項目はありませんか？

①～③を全て選択すると、以下に誓約事項の確認項目が表示  
されます。

### 手順 3-2

誓約事項を確認し、全てのチェックボックスにチェックを入れてください。その後、必要事項をデータ入力してください。

#### 様式第 1 誓約事項

下記の事項について、相違ないことを確認の上、チェックボックスを全てチェックしてください

- 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの期間において、光熱費又は食材費又は診療経費等高騰の影響を受けている医療機関等であって、交付要綱第2条及び別表1に掲げる「1 交付の対象」に該当する施設であること。
- 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの期間において、光熱費又は食材費又は診療経費等の支払実績を有し、事業の休止又は廃止を行わない施設であること。
- これまでに本支援金の申請を行っていない施設であること。また、本県が実施する「令和7年度愛知県社会福祉施設物価高騰対策支援金」に申請を行っていない施設であること。
- この支援金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を5年間適切に整備保管すること。
- 申請金額等の申請内容に虚偽のないこと。

#### 様式第 4 誓約事項

下記の事項について、相違ないことを確認の上、チェックボックスを全てチェックしてください

- 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの期間において、燃料費高騰の影響を受けている医療機関等であって、交付要綱第2条及び別表1に掲げる「1 交付の対象」に該当する施設であること。
- 令和7年4月1日から令和8年3月31日までの期間において、燃料費の支払実績を有し、事業の休止又は廃止を行わない施設であること。
- 申請する車両は、自らが燃料費を負担し、患者の通院送迎、医師による患者の居宅への訪問診療又は歯科医師による訪問歯科診療等に使用するものであること。
- これまでに本支援金の申請を行っていない施設であること。また、本県が実施する「令和7年度愛知県社会福祉施設物価高騰対策支援金」において同一車両の申請を行っていないこと。
- この支援金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を5年間適切に整備保管すること。
- 申請金額等の申請内容に虚偽のないこと。

誓約事項を確認し、全てのチェックボックスにチェックを入れると、以下にデータ入力項目が表示されます。

## 申請者情報

### ⑤申請者

法人の場合は、「事業者（法人等）の正式名称」、個人の場合は「屋号（施設・事業所名）と申請者氏名」を入力してください。

### ⑥申請者フリガナ

全角カタカナで入力してください。

### ⑦代表者職名

代表者の職名を入力してください。  
（申請する事業者が個人の場合は、入力欄が表示されません。）

### ⑧代表者職名フリガナ

全角カタカナで入力してください。

### ⑨代表者氏名

代表者の氏名を入力してください。  
（申請する事業者が個人の場合は、入力欄が表示されません。）

### ⑩代表者氏名フリガナ

全角カタカナで入力してください。

### ⑪申請者所在地（郵便番号）

郵便番号を入力してください。  
（ハイフンは入力不要です。）  
法人の場合は、施設の所在地ではなく、法人本部の所在地を記入してください。

### ⑫申請者所在地（都道府県）

法人の場合は、施設の所在地ではなく、法人本部の所在地を記入してください。

必須  
申請者(法人名)

⑤

※施設・事業所名ではなく、事業者（法人等）の正式名称を記入してください  
例：医療法人愛知県庁会

必須  
申請者 フリガナ

⑥

※全角カタカナで入力してください  
例：イリュウホウジンアイチケンチュウカイ

必須  
代表者職名

⑦

例：理事長

必須  
代表者職名 フリガナ

⑧

※全角カタカナで入力してください  
例：リジチュウ

必須  
代表者氏名

⑨

例：愛知 一部

必須  
代表者氏名 フリガナ

⑩

※全角カタカナで入力してください  
例：アイチ イチロウ

必須  
申請者所在地  
(郵便番号)

⑪

※施設・事業所名ではなく、登記情報に登録されている法人の所在地を入力してください。

※半角数字で入力してください  
例：111-2222

[※郵便番号検索はこちら](#)

必須  
申請者所在地  
(都道府県)

⑫

※施設・事業所名ではなく、登記情報に登録されている法人の所在地を入力してください。

例：愛知県

必須

申請者所在地 フリガナ  
(都道府県)

⑬

アイチケン

※全角カタカナで入力してください  
例：アイチケン

⑬申請者所在地フリガナ（都道府県）

全角カタカナで入力してください。

必須

申請者所在地  
(市区町村・番地)

⑭

※施設・事業所名ではなく、登記情報に登録されている法人の所在地を入力してください。

例：〇〇市1丁目1番地

⑭申請者所在地（市区町村・番地）

法人の場合は、施設の所在地ではなく、法人本部の所在地を記入してください。

必須

申請者所在地 フリガナ  
(市区町村・番地)

⑮

※全角カタカナで入力してください  
例：〇〇市1丁目1番地

⑮申請者所在地フリガナ  
(都道府県・市区町村・番地)

全角カタカナで入力してください。

任意

申請者所在地  
(建物名など)

⑯

※施設・事業所名ではなく、登記情報に登録されている法人の所在地を入力してください。

例：〇〇ビルディング1階

⑯申請者所在地（建物名など）

番地以降の所在地がある場合は、入力してください。

任意

申請者所在地 フリガナ  
(建物名など)

⑰

※全角カタカナで入力してください  
例：〇〇ビルディング1カイ

⑰申請者所在地フリガナ  
(建物名など)

全角カタカナで入力してください。

必須

施設名

⑱

愛知病院

⑱施設名

表示されている施設名に間違いがないか確認してください。

必須

種別

⑲

- 病院
- 有床診療所
- 有床歯科診療所

⑲種別

申請施設の種別を選択してください。既に種別が入力されている場合は、表示されている種別に間違いがないか確認してください。

担当者氏名

必須

⑳

愛知 二郎

例：愛知 二郎

⑳担当者氏名

支援金の申請内容について、対応出来る方の氏名を入力してください。

電話番号

必須

00-0-0000

㉑

㉑電話番号、メールアドレス

マイページを作成したときに登録した情報と間違いがないか、確認してください。

メールアドレス

必須

sato.yuina@his-world.com

### 手順 3-3

様式ごとに申請情報を入力し、手順 1-2 で作成した様式第 1 別紙、様式第 2 別紙、様式第 3 別紙、様式第 4 別紙を添付書類としてアップロードする。

#### <病院、有床診療所、有床歯科診療所の場合>

#### 様式第 1 申請情報

必須

様式第1 施設数

①

施設

※複数施設をまとめて申請する場合は、申請する様式第1の施設数を  
※半角数字で入力してください

#### ①様式第 1 施設数

複数の施設を一括申請する場合、申請する施設数を入力してください。  
1 施設のみ申請の場合は、自動的に「1」が入力されます。

必須

光熱費 申請額

②-1

#### 3床以上の施設の病床数

床 × 53,000円(定額) = 0円

※1施設当たりの病床数が3床以上の施設の、合計病床数を入力  
※0の場合は、0と入力してください

#### ②-1 申請額

病床数が3床以上の施設について、病床数の合計を入力してください。

②-2

#### 2床以下の施設の病床数

床

※1施設当たりの病床数が2床以下の施設の、合計病床数を入力  
※0の場合は、0と入力してください

#### ②-2 申請額

病床数が2床以下の施設について、病床数の合計を入力してください。

②-3

#### 2床以下の施設の施設数

施設 × 135,000円(定額) = 0円

※1施設当たりの病床数が2床以下の施設の、合計施設数を入力してください  
※0の場合は、0と入力してください

#### ②-3 申請額

病床数が2床以下の施設について、施設数の合計を入力してください。

申請額 合計 0円

病床数 合計 0床

### 手順 3 - 3

様式ごとに申請情報を入力し、手順 1 - 2 で作成した様式第 1 別紙、様式第 2 別紙、様式第 3 別紙、様式第 4 別紙を添付書類としてアップロードする。

#### <病院、有床診療所、有床歯科診療所の場合>

必須 診療経費等 申請額	<b>③</b>	<b>病院</b>		
		<b>病床数</b>	<input type="text"/> 床 × 8,000円(定額) = 0円	<b>③ 様式第 1 病床数</b> 複数の施設を一括申請する場合、申請する病床数を入力してください。
			※申請する病院の合計病床数を入力してください ※0の場合は、0と入力してください	
	<b>④ - 1</b>	<b>有床診療所</b>		
		<b>3床以上の施設の病床数</b>	<input type="text"/> 床 × 124,000円(定額) = 0円	<b>④ - 1 申請額</b> 病床数が3床以上の施設について、病床数の合計を入力してください。
			※1施設当たりの病床数が3床以上の施設の、合計病床数を入力してください ※0の場合は、0と入力してください	
	<b>④ - 2</b>	<b>2床以下の施設の施設数</b>	<input type="text"/> 施設 × 304,000円(定額) = 0円	<b>④ - 2 申請額</b> 病床数が2床以下の施設について、施設数の合計を入力してください。
			※1施設当たりの病床数が2床以下の施設の、合計施設数を入力してください ※0の場合は、0と入力してください	
	<b>⑤ - 1</b>	<b>有床歯科診療所</b>		
		<b>3床以上の施設の病床数</b>	<input type="text"/> 床 × 124,000円(定額) = 0円	<b>⑤ - 1 申請額</b> 病床数が3床以上の施設について、病床数の合計を入力してください。
			※1施設当たりの病床数が3床以上の施設の、合計病床数を入力してください ※0の場合は、0と入力してください	
	<b>⑤ - 2</b>	<b>2床以下の施設の施設数</b>	<input type="text"/> 施設 × 257,000円(定額) = 0円	<b>⑤ - 2 申請額</b> 病床数が2床以下の施設について、施設数の合計を入力してください。
			※1施設当たりの病床数が2床以下の施設の、合計施設数を入力してください ※0の場合は、0と入力してください	
			<input type="text"/>	申請額 合計 0円

### 手順 3 - 3

様式ごとに申請情報を入力し、手順 1 - 2 で作成した様式第 1 別紙、様式第 2 別紙、様式第 3 別紙、様式第 4 別紙を添付書類としてアップロードする。

<病院、有床診療所、有床歯科診療所の場合>

<b>必須</b>	<input checked="" type="radio"/> 食材費を申請する <input type="radio"/> 食材費を申請しない	<b>⑥食材費申請額</b> 申請する全ての施設の病床数の合計を入力してください。
<b>⑥</b>	<b>病床数</b> <input type="text"/> 床 × 7,000円(定額) = 0円 ※申請する施設の合計病床数を入力してください	
		申請額 合計 0円

申請総額	様式第 1 申請総額 0円
------	---------------

<b>必須</b>	<input type="button" value="ファイルを選択"/> 選択されていません <a href="#">支援金ポータルサイト</a> から様式をダウンロードし、 ※添付可能なファイルはpdf、gif、jpg、jpeg、png	<b>⑦様式第 1 別紙</b> 複数の施設を一括申請する場合のみ提出してください。 (1施設のみ申請する場合は、添付項目が表示されません。)
様式第1別紙	<b>⑦</b>	

## <無床診療所・歯科診療所の場合>

### 様式第2 申請情報

必須

様式第2 施設数

⑧

施設

※複数施設をまとめて申請する場合は、申請する様式第2の施設の合計施設数を入力してください

※半角数字で入力してください

#### ⑧様式2 施設数

複数の施設を一括申請する場合、申請する施設数を入力してください。  
1施設のみ申請の場合は、自動的に「1」が入力されます。

光熱費 申請額

⑨

施設数

0 施設 × 135,000円(定額) = 0円

※申請する施設の合計施設数を入力してください

#### ⑨申請額

⑧で入力した施設数が自動的に反映されます。

診療経費等 申請額

⑩-1

無床診療所

施設数

施設 × 304,000円(定額) = 0円

※申請する無床診療所の合計施設数を入力してください

※0の場合は、0と入力してください

無床歯科診療所

施設数

施設 × 257,000円(定額) = 0円

※申請する無床歯科診療所の合計施設数を入力してください

※0の場合は、0と入力してください

申請額 0円

#### ⑩-1 申請額

病床数が3床以上の施設について、施設数の合計を入力してください。

#### ⑩-2 申請額

病床数が3床以上の施設について、施設数の合計を入力してください。

⑩-2

申請総額

様式第2 申請総額 0円

必須

様式第2別紙

⑪

選択されていません

[支援金ポータルサイト](#)から様式をダウンロードし、作成してください

※添付可能なファイルはpdf、gif、jpg、jpeg、png、doc、docxです

#### ⑪様式第2 別紙

複数の施設を一括申請する場合のみ提出してください。

(1施設のみ申請する場合は、申請フォームの申請項目が表示されません。)

## <薬局・助産所の場合>

### 様式第2 申請情報

必須

様式第2 施設数

施設

※複数施設をまとめて申請する場合は、申請する様式第2の施設の合計  
※半角数字で入力してください

⑫

#### ⑫様式2 施設数

複数の施設を一括申請する場合、申請する施設数を入力してください。  
1施設のみ申請の場合は、自動的に「1」が入力されます。

光熱費 申請額

施設数

0 施設 × 135,000円(定額) = 0円

※申請するの施設の合計施設数を入力してください

⑬

#### ⑬申請額

⑫で入力した施設数が自動的に反映されます。

診療経費等 申請額

薬局

施設数

施設 × 152,000円(定額) = 0円

※申請する薬局の合計施設数を入力してください  
※0の場合は、0と入力してください

⑭-1

#### ⑭-1 申請額

病床数が3床以上の施設について、病床数の合計を入力してください。

助産所

施設数

施設 × 51,000円(定額) = 0円

※申請する助産所の合計施設数を入力してください  
※0の場合は、0と入力してください

⑭-2

#### ⑭-2 申請額

病床数が3床以上の施設について、病床数の合計を入力してください。

申請額 0円

申請総額

様式第2 申請総額 0円

必須

様式第2別紙

⑮

選択されていません

[支援金ポータルサイト](#)から様式をダウンロードし、作成した後、アップロード  
※添付可能なファイルはpdf、gif、jpg、jpeg、png、doc、docx、xlsx、p

#### ⑮様式第2 別紙

複数の施設を一括申請する場合のみ提出してください。  
(1施設のみ申請する場合は、申請フォームの申請項目が表示されません。)

## < 施術所の場合 >

### 様式第3 申請情報

必須

様式第3 施設数

①⑥

施設

※複数施設をまとめて申請する場合は、申請する様式第3の施設数を入力してください

※半角数字で入力してください

#### ①⑥様式第3 施設数

複数の施設を一括申請する場合、申請する施設数を入力してください。

1施設のみ申請の場合は、自動的に「1」が入力されます。

光熱費 申請額

①⑦

施設数

0 施設 × 48,000円(定額) = 0円

※申請するの施設の合計施設数を入力してください

#### ①⑦申請額

①⑥で入力した施設数が自動的に反映されます。

診療経費等 申請額

①⑧

施設数

0 施設 × 51,000円(定額) = 0円

※申請するの施設の合計施設数を入力してください

申請額 0円

#### ①⑧様式第3 別紙

①⑥で入力した施設数が自動的に反映されます。

申請総額

様式第3 申請総額 0円

必須

様式第3別紙

①⑨

ファイルを選択 選択されていません

[支連会ポータルサイト](#)から様式をダウンロードし、作成してください

※添付可能なファイルはpdf、gif、jpg、jpeg、png、doc、docxです

#### ①⑨様式第3別紙

複数の施設を一括申請する場合のみ提出してください。

(1施設のみ申請する場合は、申請フォームの申請項目が表示されません。)

## < 燃油価格高騰対策支援対象施設の場合 >

### 様式第4 申請情報

必須

様式第4 施設数

1 施設

⑳

※複数施設をまとめて申請する場合は、申請する様式第4の施設の合計数  
※半角数字で入力してください

#### ㉔様式第4 施設数

複数の施設を一括申請する場合、申請する施設数を入力してください。  
1施設のみ申請の場合は、自動的に「1」が入力されます。

必須

透析患者通院送迎実施施設  
申請額

申請に係る医療機関数

1 施設

㉑-1

※透析患者通院送迎区分に該当する合計医療機関数を入力してください

申請に係る車両台数

1 台 × 50,000円(定額) - 0円

㉑-2

※透析患者通院送迎区分に該当する医療機関が使用している合計車両台数

#### ㉑-1 申請額 (透析患者通院送迎区分) ▼申請に係る医療機関数

透析患者通院送迎区分に該当する医療機関数の合計を入力してください。

#### ㉑-2 申請額 (透析患者通院送迎区分) ▼申請に係る車両台数

透析患者通院送迎区分に該当する医療機関が使用している車両台数の合計を入力してください。

必須

訪問診療及び訪問歯科診療  
実施施設 申請額

申請に係る医療機関数

1 箇所

㉒-3

※訪問診療、訪問歯科診療区分に該当する合計医療機関数を入力してください

医師・歯科医師常勤換算人数

1 人

㉒-4

※訪問診療、訪問歯科診療区分に該当する医療機関の、医師・歯科医師常勤換算人数を入力してください

※訪問診療区分及び訪問歯科診療区分における、医師・歯科医師の常勤換算の考え方は、Q&AのQ45をご確認ください

申請に係る車両台数

申請可能台数の上限は0台です

1 台 × 11,000円(定額) - 0円

㉒-5

※訪問診療、訪問歯科診療区分に該当する医療機関が使用している合計車両台数

※医師1人当たり(常勤換算人数、小数点以下切り上げ。)1台まで

#### ㉒-3 申請額 (訪問診療、訪問歯科診療区分) ▼申請に係る医療機関数

訪問診療、訪問歯科診療区分に該当する医療機関数の合計を入力してください。

#### ㉒-4 申請額 (訪問診療、訪問歯科診療区分) ▼医師・歯科医師常勤換算人数

透析患者通院送迎区分に該当する医療機関の、医師・歯科医師常勤換算人数の合計を入力してください。

※訪問診療区分及び訪問歯科診療区分における、医師・歯科医師の常勤換算の考え方についてはQ&A Q45をご確認ください。

#### ㉒-5 申請額 (訪問診療、訪問歯科診療区分) ▼申請に係る車両台数

訪問診療、訪問歯科診療区分に該当する医療機関が使用している車両台数の合計を入力してください。

様式第4別紙

必須

㉓

様式第4別紙「医療機関別該当自動車一覧表」.xlsx [ 2MiB ]

ファイルを選択 選択されていません

支援会ポータルサイトから様式をダウンロードし、作成した後、アップロード  
なお、郵送により提出することも可能です

※添付可能なファイルはpdf、gif、jpg、jpeg、png、doc、docx、xlsx、

#### ㉓様式第4別紙

複数の施設を一括申請する場合、1施設のみ申請する場合共に提出してください。

### 手順3-4

振込先口座情報を入力する。申請者と、振込先口座名義人が異なる場合は、委任事項を入力する。

振込先口座情報	
<b>①</b> 金融機関コード <b>必須</b>	<input type="text" value="0000"/> ※半角数字で4文字以内で入力してください <a href="#">※金融機関コード早見表はこちら</a> 例：0000
<b>②</b> 支店番号 <b>必須</b>	<input type="text" value="001"/> ※半角数字で3文字で入力してください ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の番号に変換してください 例：001
<b>③</b> 金融機関名 <b>必須</b>	<input type="text" value="〇〇〇"/> 銀行 ※略称等はいらず、「〇〇銀行」まで正式名称で入力 例：〇〇銀行
<b>④</b> 店名 <b>必須</b>	<input type="text" value="△△△"/> 支店 ※支店の統廃合が発生している可能性があります。 変更前の店名では入金できません。あらかじめご
<b>⑤</b> 預金種類 <b>必須</b>	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座
<b>⑥</b> 口座番号 <b>必須</b>	<input type="text" value="1234567"/> ※半角数字で7文字以内で入力してください 例：1234567
<b>⑦</b> 口座名義 (カナ) <b>必須</b>	<input type="text" value="イ) アイチケンチヨウカ"/> ※通帳の見開き等に記載されているカタカナの名義を入力してください。 ※小文字 (ッ、ヤ、ユ、ヨ) などは、大文字で入力してください。 ※スペースについても、入力してください。 (例) イ) アイチケンチヨウカイ リジチヨウ アイチ イチロウ

※支援金の振込先として指定する口座の情報に不備があった場合は、事務局から振込先の口座情報が確認できる書類（通帳のコピー等）の提出を依頼します。提出を依頼する場合のみ、以下の項目が表示されます。

振込先の口座情報が  
確認できる書類

必須

⑧

ファイルを選択 選択されていませ

支援金振込先の口座情報が確認でき  
等) をスキャン又は撮影し、アップ  
※添付可能なファイルはpdf、gif、j

⑧振込先の口座情報が確認できる書類(通帳の  
写し等)

<通帳がある口座の場合>

現在使用中の通帳の1枚目の見開きページの  
写し



<通帳がない口座の場合>

振込先口座の金融機関名、店名、預金種別、  
口座番号、口座名義（カナ）が確認できる  
画面コピーの写し等

## 委任事項

申請者と、振込先口座  
名義人は異なりますか

①

- 同一である  
 異なる

①申請者と、振込先口座名義人は  
異なりますか

「同一である」もしくは「異なる」  
を選択してください。

①で申請者と、振込先口座名義人は「異なる」を選択すると、  
以下に委任事項の入力項目が表示されます。

## <申請者と、振込先口座名義人が異なる場合>

受任者住所

必須

②

愛知県〇〇市〇〇町3番地

例：愛知県〇〇市〇〇町3番地  
※振込先口座名義人の情報を入力してください

②受任者住所

受任者の住所を入力してください。  
受任者の情報と振込先口座名義人の  
情報が一致しているか確認して  
ください。

受任者名

(振込先口座名義人)

必須

③

医療法人愛知県庁会 経理部

<法人に委任する場合>  
例：医療法人愛知県庁会 経理部  
<個人に委任する場合>  
例：愛知 二郎  
※振込先口座名義人の情報を入力してください

③受任者名(振込先口座名義人)

受任者名を入力してください。  
受任者の情報と振込先口座名義人の  
情報が一致しているか確認して  
ください。

受任者職名

(受任者が法人の場合のみ)

任意

④

経理部長

<法人に委任する場合>  
例：経理部長  
<個人に委任する場合>  
記載不要です  
※振込先口座名義人の情報を入力してください

④受任者職名

受任者の職名を入力してください。  
受任者の情報と振込先口座名義人の  
情報が一致しているか確認して  
ください。  
(個人に委任する場合は空欄にし  
てください。)

受任者氏名

(受任者が法人の場合のみ)

任意

⑤

愛知 二郎

<法人に委任する場合>  
例：愛知 二郎  
<個人に委任する場合>  
記載不要です  
※振込先口座名義人の情報を入力してください

⑤受任者氏名

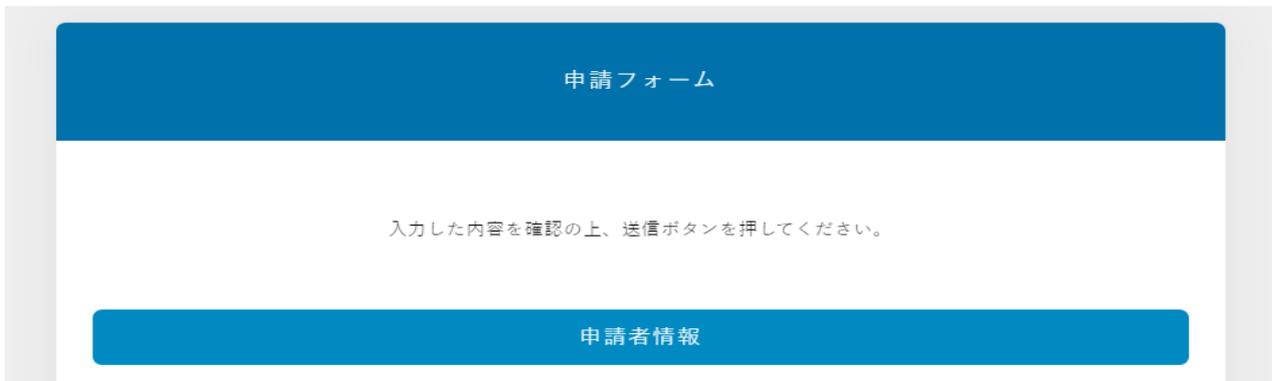
受任者の氏名を入力してください。  
受任者の情報と振込先口座名義人の  
情報が一致しているか確認して  
ください。  
(個人に委任する場合は空欄にし  
てください。)

### 手順 3 - 5

データ入力が完了した後、「入力内容確認」ボタンをクリックし、入力内容確認画面で入力内容に間違い等がないか確認してください。



※複数の施設を一括申請する場合は、入力内容確認画面下部に表示される「ステータス変更ボタン」で申請する施設のステータスを変更してください。  
(1施設のみ申請する場合は、ボタンが表示されません。)



## ※複数の施設を一括申請する場合のみ

一括申請する施設を「問合せ番号」もしくは「施設名」から検索してください。既に申請されている施設は表示されません。

一括申請 施設選択

別紙にご記載いただいた施設について、「問い合わせ番号」または「施設名」により、  
ご検索いただき、一括申請する施設のステータスを「未申請」から「一括申請」に変更してください。  
(同名の施設が存在する可能性があるため、問い合わせ番号・所在地等にご注意ください。)  
なお、既に申請中の施設は表示されません。

問合せ番号	<input type="text"/>
施設名	<input type="text"/>

ご登録される情報は、[スパイラル株式会社](#)による情報管理システム「スパイラルバージョン1」にて完全に管理されます。

Powered by  
SPIRAL クリックして確認  
送信の前に  
安全確認を。

Copyright Aichi Prefecture. All Rights Reserved.

### ① 問合せ番号

一括申請する施設の問合せ番号を入力し、検索することが可能です。問合せ番号はポータルサイトから確認してください。

### ② 施設名

一括申請する施設の名称を入力し、検索することが可能です。

### ③ 「検索」ボタンをクリックする。

## ※複数の施設を一括申請する場合のみ

検索結果を確認し、申請する施設の申請状況を【申請前 → 一括申請】に変更してください。

一括申請 施設選択

一括申請する施設のステータスを「一括申請」に変更してください。  
申請中の施設は表示されません。

問い合わせ番号	<input type="text"/>
施設名	<input type="text" value="テスト"/>

問合せ番号

1 - 4件 / 4件

1

	問い合わせ番号	ステータス	施設名
<input type="checkbox"/>	000007	申請前	テスト医院
<input type="checkbox"/>	000008	申請前	テスト医院
<input type="checkbox"/>	000009	申請前	テスト医院
<input type="checkbox"/>	000010	申請前	テスト医院

### ①ステータスの変更

一括申請する施設について、問い合わせ番号、施設名、所在地が正しいことを確認し、申請状況を【申請前】から【一括申請】に変更してください。

②

ページ内のすべての施設を一括申請に変更

「更新」ボタンを押すとステータスが変更されます。

変更後は申請者自身での修正ができないため、選択した施設をよく確認したうえで「更新」ボタンを押して下さい。

「更新」ボタンを押した後に選択した施設の表示をご確認ください。

表示が消去されている場合、ステータスの変更は完了しています。

③

更新

### ②申請する施設の申請状況を一括して変更する場合

「ページ内のすべての施設を一括申請に変更」ボタンをクリックすると、表示されている全ての施設の申請状況を【一括申請】へ変更することが可能です。

※該当施設が100件以上ある場合は、ページごとに「ページ内のすべての施設を一括申請に変更」ボタンをクリックし申請状況を変更してください。

### ③「更新」ボタンをクリックする。

「更新」ボタンを押した後に選択した施設の表示を確認してください。表示が消去されている場合、ステータスの変更は完了しています。

入力内容に間違い等がなければ、「送信」ボタンをクリックしてください。



## 手順4 申請受付完了メールの受信確認

完了画面が表示され、登録済みのメールアドレスに申請受付完了メールが届いていれば申請完了です。

マイページのステータスが「申請済み」になっているが、申請受付完了メールが届かない場合は、正常に申請受付が完了しているかを支援金コールセンターへ問合せてください。

