

医療機関・福祉施設等 物価高騰対策支援金

オンライン申請マニュアル 6月9日版

申請を行う前に
「茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金支給要綱」を必ずご確認ください

お問い合わせ先

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスク
〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978番6

TEL(医療機関等)：029-301-5155

TEL(福祉施設等)：029-301-3095

受付時間：平日09:00～17:00

受付時間外、土日祝日の問い合わせはご遠慮ください。

1 オンライン申請 申請手順

(1) 申請をはじめる前の準備

申請には以下の画像、もしくはデータが必要です。

- ① 通帳コピー（表紙）
- ② 通帳コピー（見開き）
- ③ 光熱水費の算出根拠書類（確定申告書、決算書等）
※R6支援金を受領している場合はR6支援金申請書の控え（提出不要）を参考に申請を進めてください。
受領していない場合は③を提出してください。
- ④ 支給要件確認書類（施術所・助産所・歯科技工所のみ）
- ⑤ 省エネ対策の取組み確認書（病院・有床診療所のみ）
- ⑥ 食事提供実施状況確認書類（障害福祉施設のうち、短期入所（空床型を除く。）、共同生活援助、宿泊型自立訓練のみ）

本申請システムは、入力途中での一時保存等も可能ですが
スムーズに申請を完了させるためにも

上記、必要な添付資料（画像、データ）について

事前に申請するPC等の端末にご準備をお願い致します。

なお、支給対象事業者数が多い場合など、

添付ファイルの容量はひとつ4MBとなっておりますので、

容量を超過してしまう場合は、ファイルを圧縮（Zipファイル化）して添付
するようお願い致します。ファイルの圧縮が難しい場合の対応は、コールセン
ターまでお尋ねください。

例 ① zipファイルにまとめておく

② 出力した物をPDFデータでまとめてスキャンするなど

③ 複数の資料をまとめて写真に収める

など



上記をご一読いただき、添付資料の準備ができましたら
特設公式サイトへ移動し、申請手順に従って申請をお願いいたします。

申請特設公式サイト

<https://www.bukkashien.Ibaraki.jp>



1 オンライン申請 申請手順

(2) 申請フォームへの移動

① 申請特設サイト

 **茨城県**

**医療機関・福祉施設等
物価高騰対策支援金**

令和8年6月10日から開設します。
支援金についてのお問い合わせはこちらの電話番号にお願いします。

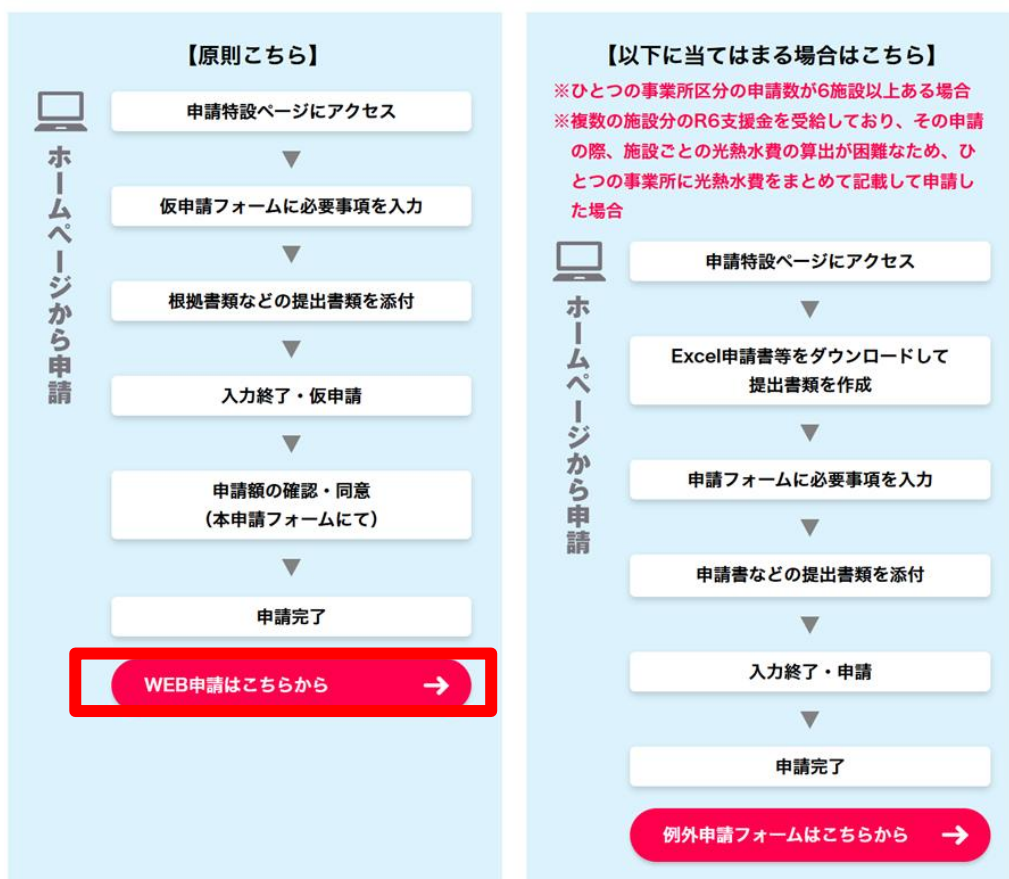
医療機関等 TEL 029-301-5155 受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝日を除く)	福祉施設 TEL 029-301-3095 受付時間 9:00~17:00 (土・日・祝日を除く)
--	---

※昨年度と異なる申請方法となっております。
下記の申請方法をよくご確認のうえ、お手続きください。

② 下にスクロールし「WEB申請はこちらから」ボタンをクリック

申請方法について

※ひとつの事業所区分の申請数が6施設以上ある場合は、
例外申請フォームから申請をお願いいたします。



③申請フォームへ移動

【デモ】 令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金

入力状況 0%

のオンライン申請ページです。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

(3) アカウントの作成

【アカウント作成のメリット】

アカウントを作成（登録）いただくと、申請の一時保存ができるようになります。

※申請事項は複数ページに及びます。アカウント登録をすると申請が途中で一時保存が可能となります。

アカウントを作成しての申請を推奨します。

※過去にGrafferアカウントを作成したことがある事業者様のうち、申請環境に変更がない場合は、
前回のアカウントをそのままご利用いただけます。今回新たにアカウントを登録する必要はありませんので、
(4) オンライン申請手順へお進みください。

①「新規登録またはログインして申請」をクリック

【デモ】 令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金

入力状況

過去の申請時にアカウント作成が済んでいる事業者様は、引き続きメールアドレス・パスワードをご利用いただくことが可能です。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

「新規登録またはログインして申請」をクリックして先に進む

②ログイン画面

Graffer
スマート申請

※過去にGrafferアカウント登録が済んでいる事業者様は既存のアカウントに連動させると以降のやり取りが今回申請したいアドレスではなく前回登録されたご担当者様にメールが届きます。担当者が変更になっている場合は「新規アカウント」の登録をお願いいたします。

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みのうえ、同意してログインしてください。

 Googleでログイン

 LINEでログイン

 メールアドレスでログイン

[ログイン方法について教えてください](#)

GIDでログインする

今回の申請では利用できません

※今回初めて作成する事業者様、または担当者が変更になっている場合「新規アカウント登録」をクリックして先に進む

Grafferアカウントをお持ちの方

Grafferアカウントに登録すると、申請ができます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

③アカウント登録画面

必要事項をすべて入力します

「Grafferアカウントに登録」をクリックして先に進む

仮登録完了画面へ移動

この画面が表示されたら仮登録完了です
アカウント登録時に記載したアドレスに本登録用のメールが自動送信されておりますので
受信メールをご確認ください

姓 必須 名 必須

茨城 太郎

メールアドレス 必須

ibaraki-taro@gmail.com

パスワード 必須

8文字以上50文字以内で入力してください、半角英数字と記号を使用可能です

.....

☐ パスワードを表示

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みのうえ、同意してご登録ください。

Grafferアカウントに登録

Graffer
スマート申請

アカウントの仮登録完了

✓ アカウントの仮登録が完了しました。

本登録用のメールを送信しましたので、アカウントの本登録をお願いいたします。

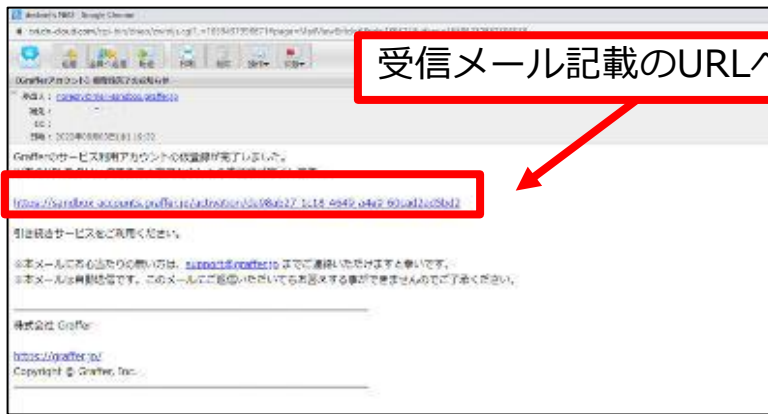
メールが届かない場合、以下の2点をご確認ください

- ・迷惑メールフォルダに届いている
- ・入力されたメールアドレスに誤りがある

※PCメールの受信拒否設定をされている場合、「@mail.graffer.jp」を受信できるように設定いただきますようお願いいたします。

※本登録用のメールが届かない場合、お手数ですが、再度ご登録操作をお願いいたします。

④本登録用メール



移動



アカウントを登録することで、申請途中で確認が必要になる場合や
WEBサイトを閲覧しようとして一度申請画面を閉じたい場合などに「一時保存」が可能になります。

⑤ログイン → 申請画面へ移動



(4) オンライン申請手順

① 同意画面

【デモ】 令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金

入力の状況

0%

利用規約をご確認いただき
同意欄にチェックをお願いいたします

用_【仮申請】 令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰
6

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、一時保存した申請から再開、または新しく申請してください。

☐ 利用規約に同意する 必須

一時保存した申請から再開する

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、一時保存した申請から再開、または新しく申請してください。

☒ 利用規約に同意する 必須

新しく申請を始める

新しく申請を始める

同意欄にチェックすると
申請ボタンが表示されます
クリックして申請に進んでください

②申請者情報の入力

本フォームに入力する際の注意点

ア 法人の場合、確定申告書類や履歴事項全部証明書に記載のある所在地・法人名・代表者氏名を入力し、
 個人事業主の場合は、確定申告書類に記載のある屋号及び本人確認書類に記載のある住所・代表者氏名を入力してください。

0603_支店テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価
 高騰対策支援金_Excel添付v2

入力フォーム

連絡担当者情報

申請者の種別 必須

☐ 個人

☒ 法人

連絡先 (e-mail) 自動入力

事業所・施設のメールアドレスを記載してください

一時保存して、次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

入力後

「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください

担当者情報を入力します

※漏れが無いように入力してください

0603_支店テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価
 高騰対策支援金_Excel添付v2

入力の状況

50%

入力フォーム

連絡担当者情報/申請者情報

■連絡担当者情報

法人名 必須

担当者所属 必須

審査時に県から問い合わせを行う際の担当者の「所属」を入力してください

担当者氏名 必須

連絡先 (電話番号) 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

■申請者情報

法人名 必須

法人名 (フリガナ) 必須

代表者の職名 必須

代表者の氏名 必須

郵便番号 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

主たる事業所の所在地 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力後

「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください

平日昼間に事務局と
連絡が取れる電話番号の
記載をお願いいたします

申請者情報を入力します

※漏れが無いように入力をしてください
 ※個人にて申請の方は下記の通り、申請者情報
 をご入力ください。

- 個人名
- 個人名 (フリガナ)
- 郵便番号
- 主たる営業所の所在地

③振込先口座情報の入力

本フォームを入力する際の注意点

振込先口座情報は「正確に」記載をお願いします。下記について必ず提出前にご確認ください。

Q 振込先の銀行情報や普通・当座の記載に間違いはないか？

Q 口座名義に間違いはないか？（通帳見開きの口座名と一致しているか？）

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰
対策支援金v6

入力の状況

33%

入力フォーム

振込先口座

金融機関名 必須

例：常陽銀行

金融機関コード 必須

半角数字4桁

例：0131

金融機関コードが不明な場合
各金融機関のHPに
記載がありますのでご確認ください

本・支店名 必須

本店若しくは支店名を記載してください

例：水戸支店

支店コード 必須

半角数字3桁（ゆうちょの場合は記号の左から2～3桁目の数字+8を記載ください）

例：11940→198

振込先口座情報を入力します
※漏れが無いように入力してください

口座名義 必須

申請者名と一致する口座名義名を記載してください

例：株式会社あいうえお

口座名義（フリガナ） 必須

例：カ）アイウエオ

口座番号 必須

半角数字7～8桁（6桁の場合は最初に0を追加して入力ください）

例：123456→0123456

預金種目 必須

☐ 普通

☐ 当座

振込先口座の通帳の写し 必須

通帳の表紙面と見開き面を添付してください

 ファイルを選択…

振込先口座の通帳の写し 任意

通帳の表紙面と見開き面を添付してください

 ファイルを選択…

振込口座通帳の①表紙面と②見開き
画像ページを見開きで添付してください。
※次のページ参照画像がPDFで添付してくだ
さい。（スマホの撮影画像も可）

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

入力後「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください

[< 戻る](#)

添付書類 1

振込先口座の通帳の表紙と見開きの写し

添付する際の注意点

通帳のコピーは、必ず通帳の「表紙面」と「見開き面」を1部ずつコピーし提出してください。

添付① 振込先口座の通帳の表紙



添付② 振込先口座の通帳の見開き



【重要 当座、ネットバンキングをご利用されている皆様へ】

当座、ネットバンキングをご利用されている皆様は通帳の写しを添付する事が物理的にできません。

そこで、通帳の写しに代わる書類として

① 取引照合表(取引部分は黒塗り) ② 口座照会ページのスクリーンショット等

カナ名義が分かるものを添付願います。

④申請事業所情報の入力【医療機関等】

本フォームを入力する際の注意点

- ア** 本フォームは医療機関等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
- イ** 同じ法人で他の区分の施設事業所をお持ちの場合は、申請区分ごとに申請を行ってください。
- ウ** 同じ区分の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請することが可能です。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金v6

入力の状況

44%

入力フォーム

医療機関等

(医療機関等)施設数 必須

医療機関等に該当する施設を申請しない場合は0をお選びください

選択してください

必須 最大6件まで入力可能

1件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

総床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、総床面積を入力してください。

㎡

対象床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、対象床面積を入力してください。

㎡

+ もう1件追加する

あと5件まで追加できます

入力内容に不備があります。

以降、「もう一件追加する」をクリック。
申請する施設数分の入力を進めてください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力後「一時保存して、次に進む」
をクリックしてください。

本申請の対象となる施設数を入力します。
※最大5施設まで入力が可能です。

選択した事業所類型に該当する入力フォーム
が表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

2件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

省エネ対策の取組確認書 必須

添付ファイルが複数ある場合は、ZIPファイルにまとめて添付してください。
ファイル容量が4MBを超える場合は、別途事務局メールアドレス宛にお送りください。
問い合わせ先：〇〇〇@△△

↑ ファイルを選択...

病院・有床診療所のみ、申請特設ページからダウンロードをして、省エネ対策の取組確認書を添付してください。

④申請事業所情報の入力【介護施設等】

本フォームを入力する際の注意点

- ア** 本フォームは介護施設等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
イ 同じ法人で他の区分の施設事業所をお持ちの場合は、申請区分ごとに申請を行ってください。
ウ 同じ区分の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請することが可能です。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰
対策支援金v6

入力の状況

56%

入力フォーム

介護施設等

(介護施設等) 施設数 必須

介護施設等に該当する施設を申請しない場合は0をお選びください

選択してください

必須

最大6件まで入力可能

1件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

事業所番号 必須

「08」から始まる10桁の数字を入力してください

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

総床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、総床面積を入力してください。

対象床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、対象床面積を入力してください。

+ もう1件追加する

あと5件まで追加できます

本申請の対象となる施設数を入力します。
※最大5施設まで入力が可能です。

選択した事業所類型に該当する入力フォーム
が表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

2件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

以降、「もう一件追加する」をクリック。
申請する施設数分の入力を進めてください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

入力後「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

④申請事業所情報の入力【障害福祉施設】

本フォームを入力する際の注意点

- ア** 本フォームは障害福祉施設に該当する皆様に入力いただくフォームです。
イ 同じ法人で他の区分の施設事業所をお持ちの場合は、申請区分ごとに申請を行ってください。
ウ 同じ区分の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請することが可能です。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金v6

入力の状況

67%

入力フォーム

障害者施設

(障害者施設) 施設数 必須

障害者施設に該当する施設を申請しない場合は0をお選びください

選択してください

必須

最大6件まで入力可能

1件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

事業所番号 必須

「08」から始まる10桁の数字を入力してください

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

総床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、総床面積を入力してください。

㎡

対象床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、対象床面積を入力してください。

㎡

[+ もう1件追加する](#)

あと5件まで追加できます

本申請の対象となる施設数を入力します。
※最大5施設まで入力が可能です。

選択した事業所類型に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

2件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

以降、「もう一件追加する」をクリック。
申請する施設数分の入力を進めてください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

[一時保存して、次へ進む](#)

入力後「一時保存して、次に進む」
をクリックしてください。

④申請事業所情報の入力【幼児教育・保育施設】

本フォームを入力する際の注意点

- ア** 本フォームは幼児教育・保育施設に該当する皆様に入力いただくフォームです。
イ 同じ法人で他の区分の施設事業所をお持ちの場合は、申請区分ごとに申請を行ってください。
ウ 同じ区分の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請することが可能です。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金v6

入力の状況

67%

入力フォーム

幼児教育・保育施設

(幼児教育・保育施設) 施設数 必須

幼児教育・保育施設に該当する施設を申請しない場合は0をお選びください

選択してください

必須

最大6件まで入力可能

1件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

事業所番号 必須

「08」から始まる10桁の数字を入力してください

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

総床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、総床面積を入力してください。

㎡

対象床面積 (㎡) 任意

支援対象の事業所が大規模店舗内に所在するなど、光熱水費が支援対象外と区別がつかない場合は、面積按分により申請額を算出するため、対象床面積を入力してください。

㎡

[+ もう1件追加する](#)

あと5件まで追加できます

本申請の対象となる施設数を入力します。
※最大5施設まで入力が可能です。

選択した事業所類型に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

2件目

事業所名 必須

事業所類型 必須

選択してください

事業所所在地 必須

R6支援金の受領 必須

R7年度に実施したR6支援金を受領している場合は○を、受領していない場合は×をお選びください

選択してください

以降、「もう一件追加する」をクリック。
申請する施設数分の入力を進めてください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

[一時保存して、次へ進む](#)

入力後「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

⑤ 宣誓・同意事項

本フォームを入力する際の注意点

ア 本フォームのチェックボックスすべてにチェックがない場合、申請ができません。
必ず内容をお読みいただいたうえでチェックをお願いいたします。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金v6

入力の状況89%

入力フォーム

宣誓・同意事項

必須

令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金支給要綱を確認済みであること

☐ 同意しました

必須

本支援金の支給を受けた後も対象事業所・施設の運営を継続していく意思があること

☐ 同意しました

必須

申請する事業所・施設が大型店舗内に所在する場合など、光熱水費が支援対象外の事業所・施設と区別がつかない場合は、面積按分とすること

☐ 同意しました

必須

本申請に関し茨城県から検査・報告等の求めがあった場合は、これに応じること

☐ 同意しました

必須

支援金の事務のために必要な範囲において、提出した基本情報等が第三者に提供される場合及び申請者の個人情報が第三者から取得される場合があること

☐ 同意しました

必須

虚偽や不正な手段により支援金を受給した場合には、支援金の返還等に応じるとともに、加算金等を支払うこと

☐ 同意しました

必須

不正受給と判断された場合、申請者名を公表するとともに、不正内容が悪質な場合には告訴される場合があること

☐ 同意しました

必須

本支援金は、事業所得に区分されることから課税対象であること

☐ 同意しました

必須

県及び茨城県内市町村における事業者支援施策の検討・推進にあたり、提出した情報が活用される場合があること

☐ 同意しました

必須

申請内容の裏付けとなる証拠書類（決算書、光熱水費の領収書等）を7年間保存すること

☐ 同意しました

必須

まだ申請は完了していません。後日送付する意向確認メールの案内に沿って申請を完了させてください

☐

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

全てのチェックボックスにチェックを入れた後、「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

記載されている内容を全てお読みいただき全てのチェックボックスにチェックを入れてください。

⑥申請内容の確認 → 申請完了

これまでフォームに入力した内容がすべて表示されます。
漏れ、誤りがないか、再度ご自身でご確認をお願いいたします。

0529_テスト用_【仮申請】令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金v6

入力状況 100%

申請内容の確認

連絡担当者情報

申請者の種別 [編集](#)

法人 [編集](#)

担当者氏名 [編集](#)

担当 [編集](#)

連絡先（電話番号） [編集](#)

+818081136801 [編集](#)

担当所属 [編集](#)

水戸支店 [編集](#)

申請者情報

法人名 [編集](#)

茨城病院 [編集](#)

法人名（フリガナ） [編集](#)

イバラクビョウイン [編集](#)

代表者の職名 [編集](#)

医院長 [編集](#)

代表者の氏名 [編集](#)

田中 [編集](#)

郵便番号 [編集](#)

3100803 [編集](#)

主たる事業所の所在地 [編集](#)

茨城県水戸市城南2-1-20 [編集](#)

振込先口座

金融機関名 [編集](#)

常備銀行 [編集](#)

金融機関コード [編集](#)

0131 [編集](#)

本・支店名 [編集](#)

本店営業部 [編集](#)

支店コード [編集](#)

198 [編集](#)

口座名義 [編集](#)

茨城病院 [編集](#)

口座名義（フリガナ） [編集](#)

イバラクビョウイン [編集](#)

口座番号 [編集](#)

1234567 [編集](#)

預金種目 [編集](#)

普通 [編集](#)

振込先口座の通帳の写し [編集](#)

[01_R7茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金支給要領.pdf](#) [編集](#)

振込先口座の通帳の写し [編集](#)

医療機関等

（医療機関等）施設数 [編集](#)

1 [編集](#)

1件目

事業所名 [編集](#)

東武薬局 [編集](#)

事業所類型 [編集](#)

病院 [編集](#)

事業所所在地 [編集](#)

茨城県水戸市城南2-1-20 [編集](#)

R6支援金の受領 [編集](#)

☐ [編集](#)

開設日（R6支援金の受領している場合） [編集](#)

R6.4.1以前 [編集](#)

R5年光熱水費（R6支援金を受領している場合） [編集](#)

10000000 円 [編集](#)

総床面積（㎡） [編集](#)

対症床面積（㎡） [編集](#)

補助率 [編集](#)

2分の1 [編集](#)

病床数 [編集](#)

100 [編集](#)

省エネ対策の取組確認書 [編集](#)

[01_R7茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金支給要領.pdf](#) [編集](#)

もう1件追加する

介護施設等

（介護施設等）施設数 [編集](#)

0 [編集](#)

障害者施設

（障害者施設）施設数 [編集](#)

0 [編集](#)

幼児教育・保育施設

（幼児教育・保育施設）施設数 [編集](#)

0 [編集](#)

宣誓・同意事項

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

同意しました [編集](#)

[編集](#)

まだ申請は完了していません。後日送付する意向確認メールの案内に沿って申請を完了させてください。

[この内容で申請する](#)

申請内容に誤りが無ければ
「この内容で申請する」をクリック
→ 仮申請完了

仮申請完了です。お疲れ様でした。

※できる限り申請者の皆様の手間を減らせるよう事務局としても努力をしております。
今後の同種の事業時の参考にさせていただきたく、ぜひアンケートへのご協力をお願いいたします。

申請が完了しました

完了メールを登録頂いたメールアドレスに送信しました。また、[申請内容はこちら（申請詳細）](#)からご確認ください。

※メールが届かない場合は、迷惑メールフォルダに振り分けられている可能性がありますので、一度ご確認ください。

アンケートのお願い

オンライン手続きにはどのくらい満足いただけましたか？

不満 ☆☆☆☆ 満足

ご感想 [送信](#)

オンライン手続きの良かった点や、今後オンライン手続きをより良いものにするための改善点などを具体的にお願いします。

本フォームにて変更をする場合は、編集から変更することができます。

まだ本申請は完了していません。
後日送付する意向確認メールの案内に沿って申請を完了させてください。

⑦仮申請受付のお知らせメール到着

- ア** 本メールは下記のアドレスから自動送信します。受け取りができるよう受信設定をお願いします
メール配信アドレス noreply@mail.graffer.jp
- イ** Google、LINEを活用されて登録、ログインされた方は「Google」、[LINE]に登録しているアドレスにお知らせメールが送信されます
- ウ** 本メールへの返信はできません。事務局と連絡を取られたい場合は下記の連絡先までご連絡をお願いします。

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスク

〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978番6

TEL(医療機関等)：029-301-5155

TEL(福祉施設等)：029-301-3095

↓ お知らせメール（イメージ）



まだ本申請は完了していません。

後日送付する意向確認メールの案内に沿って申請を完了させてください。

⑧本申請（意向確認メールの到着）

- ア** 本メールは下記のアドレスから送信します。受け取りができるよう受信設定をお願いします
メール配信アドレス bukkajyoushoushien@pref.ibaraki.jp
- イ** 意向確認メールに添付されている申請書の内容をご確認いただき同意をいただければ支援金申請となります。
- ウ** 本メールへの返信はできません。事務局と連絡を取りたい場合は下記の連絡先までご連絡をお願いします。

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスク

〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978番6

TEL(医療機関等)：029-301-5155

TEL(福祉施設等)：029-301-3095



noreply@mail.graffer.jp

9:39 (50 分前)



To dw3_support、自分 ▼

ご担当者様

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスクです。

当該メール到着後、添付された申請書をご確認いただき、内容に問題がなければ申請意向確認フォームのURLを開き、必要事項をすべて入力し、「送信」ボタンを押下してください。

【申請意向確認フォーム】

URL：<回答フォームURL>

【回答期限】

〇年〇月〇日（〇）まで

また、本メールに添付しております申請書（仮申請内容を転記したもの）をご確認いただき、記載内容に誤りがないか併せてご確認ください。

記載内容に修正が必要な場合は、事務局までご連絡ください。

修正に係る手続きについてご案内いたします。

ご不明な点がございましたら、事務局までお問い合わせください。

何卒よろしくお願いいたします。

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金

TEL：029-301-5155（医療機関等）

TEL：029-301-3095（介護・障害・幼保等）

E-mail：bukkajyoushoushien@pref.ibaraki.jp

受付時間：平日9:00～17:00

← 返信

↶ 全員に返信

→ 転送



🗨️ チャットで共有

⑧ 本申請（意向確認）

【本申請】 令和7年度茨城県 医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金 申請意向確認フォーム

メールアドレス **必須**

mail@example.com

申請番号 **必須**

意向確認メールに添付されている申請書の右上に記載されている申請番号（22桁）を入力してください。

ハイフンあり、全22桁

Excelファイルのプレビュー画面。申請書に記入漏れがあります！

申請番号 8984868736090520000

令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金支給申請書兼宣誓・同意書
(令和7年度支援金)

令和 8 年 6 月 10 日

茨城県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

1 申請者（法人情報）

法人名又は個人名 茨城病院

法人名または個人名を入力してください

添付ファイルの確認ができれば
クリックしてください

申請者名（法人又は個人） **必須**

申請意向の確認 **必須**

☐ メールに添付されたExcelファイルの申請内容及び、申請額を確認しましたので、この内容で申請します

送信

入力後「送信」をクリックしてください
申請完了です。

⑨本申請受付完了メールの到着

- ア** 本メールは下記のアドレスから自動送信します。受け取りができるよう受信設定をお願いします
メール配信アドレス noreply@mail.graffer.jp
- イ** Google、LINEを活用されて登録、ログインされた方は「Google」、[LINE]に登録しているアドレスにお知らせメールが送信されます
- ウ** 本メールへの返信はできません。事務局と連絡を取られたい場合は下記の連絡先までご連絡をお願いします。

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスク
〒310-8555
茨城県水戸市笠原町978番6
TEL(医療機関等)：029-301-5155
TEL(福祉施設等)：029-301-3095



formrun system <forwarded-ndz6ttfy7dzlrgbskejvpwrz@form.run>

14:36 (3 分前)



To 自分 ▼

ご担当者様

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスクです。
令和7年度茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金の本申請を受け付けました。
今後、順次、審査を行いますので、振込まで今しばらくお待ちください。
なお、申請額と同額の支給を決定した場合には、振込をもって支給決定の通知と代えさせていただきます。予めご了承ください。
記載内容に修正が必要な場合は、事務局までご連絡ください。修正に係る手続きについてご案内いたします。

振込名は、以下のいずれかの名称になります。

- ・イバラキケンイリョウセイサクカ
- ・イバラキケンイリョウジンザイカ
- ・イバラキケンヤクムカ
- ・イバラキケンチョウジュフクシカ
- ・イバラキケンショウガイフクシカ
- ・イバラキケンコドモミライカ

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金
TEL：029-301-5155（医療機関等）
TEL：029-301-3095（介護・障害・幼保等）
E-mail：bukkajyoushoushien@pref.ibaraki.jp
受付時間：平日9:00～17:00

← 返信

→ 転送



🗨️ チャットで共有

申請完了、お疲れ様でした。

お問い合わせ先

茨城県医療機関・福祉施設等物価高騰対策支援金審査デスク
〒310-8555

茨城県水戸市笠原町978番6

TEL(医療機関等)：029-301-5155

TEL(福祉施設等)：029-301-3095

受付時間：平日 09:00～17:00

受付時間外、土日祝日の問い合わせはご遠慮ください。