様式第1号（第４条関係）

大月市介護事業所価格高騰重点支援金交付申請書兼請求書

　　年　　月　　日

　大月市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者（法人）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　大月市介護事業所価格高騰重点支援金の交付を受けたいので、下記のとおり申請・請求します。

記

１　支援金申請（請求）額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　内訳

　　各事業所の詳細は、別紙に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | １事業所当たりの支援金額(A) | 事業所数(B) | 小計(A×B） |
| 訪問系 | 30,000円 |  | 円 |
| 通所系 | 150,000円 |  | 円 |
| 入所系 | （定員29人以下） | 250,000円 |  | 円 |
| （定員30人以上） | 700,000円 |  | 円 |
| 合計 | 円 |

３　支援金振込先（※太枠内を記入してください。）

　　大月市介護事業所価格高騰重点支援金は、次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 口座振込記入欄 | 金　融　機　関　名 | 支　　店　　名 | 種　　目 |
| 銀　　行　信用金庫　農　　協　信用組合　 | 本　店　支　店　　支　所　 | １　　普　通２　　当　座 |
| 金融機関コード | 店舗コード | 口　座　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ |  |
| 口座名義 |  |

※　申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、以下に署名又は記名押印してください。

|  |
| --- |
| 　私は、上記の口座名義人に支援金の受領に関する一切の権限を委任します。（署名又は記名押印） |