

**記入例**

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

日付は必ず記入  
してください

年 月 日

大月市長 あて

申請者

運営法人の所在地(郵便番号)法人  
及び代表者の職・氏名を記入

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
事業者（法人）名 \_\_\_\_\_  
代 表 者 \_\_\_\_\_

代表者の印を押  
印してください

印

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 \_\_\_\_\_ 1,340,000 円

別紙に記載した内容と矛盾が  
生じないように注意してください

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	3	90,000円
通所系	150,000円	2	300,000円
入所系	(定員29人以下)	1	250,000円
	(定員30人以上)	1	700,000円
		合計	1,340,000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
	金融機関・店舗コードが不明の場合は空欄で提出してください	銀行 信用金庫 農協 信用組合	本店 支店 支所	
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ	口座名義		

口座名は正しく記入してください

※ 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)

法人代表者の名義以外の口座へ振り込む場合、この欄に  
代表者の署名又は代表者の記名・押印をしてください