

大田市長 様

(申請者) 郵便番号 〒 -

住 所

氏 名

(法人の場合は法人の名称及び代表者の職名・氏名)

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（介護保険施設・老人福祉施設等分）支給申請書

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（介護保険施設・老人福祉施設等分）の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 申請額 金 円

2 申請内訳

(単位：円)

	施設区分	施設名	所在地	定員	申請額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
	合計				

3 振込先口座

金融機関・支店名		銀行 組合	金庫		本店 出張所
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄 ☐ その他（ ）				
口座番号					※ 口座番号は右詰めで記入してください
フリガナ					
口座名義					

4 担当者

担当者職名・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

5 その他提出資料

- （別紙 1）宣誓書
- 振込先口座が債権者登録をしていない場合は、振込口座を確認できる書類（通帳の写し等）を添付してください。