

令和 年 月 日

大田市長 様

(申請者) 郵便番号
住 所
氏 名

令和 8 年度 医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（障がい福祉施設等分）支給申請書

令和 8 年度の医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（障がい福祉施設等分）の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 円

2 申請内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	所在地	申請額(円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合計				

※事業所毎のサービスの内訳は別紙に記入してください。

3 振込先口座

金融機関・支店名		銀行 金庫 組合		本店 支店 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
- ☐振込口座を確認できる書類（振込口座の通帳オモテ面、1・2 ページ目の両方の写し）
※紙媒体の通帳が無い場合は、口座番号等の口座情報がわかるものの写し
※市に登録のある口座への振り込みの場合は不要

