

大田市長 様

(申請者) 郵便番号 〒 -

住 所

氏 名

連絡先

(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支給申請書

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金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

区分	委託児童名	住所	委託児童数 (人)	支給基準額 (円)	申請額 (円)
里親				6,000	

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（里親）

氏名	申請者と同じ
電話番号	申請者と同じ
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
※令和7年度実施分と同じ振込口座の場合は不要