

(表)

様式第 1 号 (第 4 条関係)

年 月 日

障がい福祉サービス事業所物価高騰対策費助成金交付申請書兼請求書

行橋市長 様

行橋市障がい福祉サービス事業所及び介護サービス事業所に向けた物価高騰対策費助成金交付要綱第 4 条第 1 項の規定に基づき、次のとおり申請いたします。

1 申請者情報

ふりがな				
法人名				
法人所在地	〒 -			
連絡先	() - ※日中連絡可能である番号			
E-mail	@			
申請担当者	職名		氏名	
ふりがな				
代表者名	印			

2 事業所情報

	事業所名	事業所番号 (10 桁)									
1											
2											
3											
4											
5											

備考 不足する場合は、余白等を用いて適宜追加してください。

3 申請額 (請求額) 金 12,600 円

なお、本要綱第 5 条第 2 項の規定により、助成金の交付決定を受けた申請者は、その交付決定日において、本書により助成金の交付請求をしたものとみなします。

行橋市記入欄 (申請者は何も記載しないでください)	
助成金交付請求日	年 月 日

(裏)

4 振込先口座

振込口座（ゆうちょ銀行以外）														
金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合				支店名	本店・本所 支店・支所 出張所				金融機関・支店コード				
預金種別	1 普通	口座番号 (右詰めで記入)						フリガナ						
	2 当座							口座名義						
振込口座（ゆうちょ銀行のみ）														
通帳の見開き 左上またはキャッシュカードに記載された記号・番号を記入	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄に記入)			通帳番号 (左詰めで記入)				フリガナ						
	1 0 ※ —							口座名義						

備考 別添台紙に振込口座の通帳の写しを貼付してください。

5 表明保証（該当欄に✓を入れてください。）

以下の事項について表明し、相違ないことを保証いたします。

- ☐ 助成金の交付対象者としての要件を満たした者であること。
- ☐ 申請書及びその他の提出書類に虚偽がないこと。
- ☐ 申請書を重複して提出していないこと。
- ☐ 偽りその他不正な手段により助成金の交付を受けたことが判明した場合においては、速やかに返還命令に応じること。

法人名	
-----	--

《通帳の写し貼付欄》

※台紙からはみ出さないように貼付してください。

※金融機関名、支店名、預金種別、口座番号及び口座名義人（カナ）が必ず見えるように貼付してください。

※当座預金口座をご指定される場合は、以下のいずれかの書類の写しを添付してください。

- ①当座勘定入金帳
- ②当座勘定照合表
- ③当座小切手帳
- ④当座勘定入金申込帳