（様式第１号）

令和　年　月　日

交野市介護保険・障がい福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金交付申請書

交野市長　様

　交野市介護保険・障がい福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金交付要綱第４条の規定に基づき、下記のとおり、交野市介護保険・障がい福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金の交付を申請します。

**【申請者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人等所在地 | 〒 |
| 法人名称（事業所設置者） |  |
| 法人代表者の役職・氏名 |  |
| 連絡先（担当者） | TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（担当　　　　　　） |

**【申請内容】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名称 | 所在地 | サービス種別 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

**【申請金額】**

　100,000円　×　　　　　訪問・通所系サービス数（事業所数）　＝　　 　　　　　　円

　150,000円　×　　　　　入所系サービス数（事業所数）　　 ＝　　　 　　 　　円

**【振込先】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行名 | 銀行支店名 | 預金種目 | 口座番号 |
|  |  |  |  |
| 口座名義人（通帳に記載のとおりのカタカナで） |
|  |

※記載誤りがあった場合は、振込予定日に振込できませんのでご注意ください。