**「介護保険サービス事業所等に対する特別支援金」申請書**

令和４年　　月　　日

交野市長　様

　標記について、次のとおり申請します。

**【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・  代表者印 |  |
| 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 |
|  | （例）〇〇ヘルパーステーション | 星田〇－△－□ | 訪問介護 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

**【申請金額】**

　50,000円　×　　　　　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。