様式第１号の３（第４条関係）

四條畷市医療・福祉事業者物価高騰対策支援金申請書　兼　請求書【障がい福祉関連】

令和　　年　　月　　日

四條畷市長　宛

申請者　事業者名（法人名）

所在地

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

四條畷市医療・福祉事業者物価高騰対策支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）第４条の規定に基づく支援金について、次のとおり申請及び請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※同意事項：次の□欄にレ点をつけてください。

□　支援金の支給を受けたいので、提出資料を添えて申請するとともに、次の事項を誓約します。

　　　①支給決定を取り消された場合は、要綱に基づき四條畷市に返還します。

　　　②支援金の支給にあたり、四條畷市が申請内容について関係機関等に照会すること、及び関係機関等がこの照会について回答することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 | 四條畷市 |
| 別表１に基づく事業所区分 | 【障がい福祉関連】□区分１　　　□区分２　　　□区分３ |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者名 | （フリガナ） |
|  |

【振込口座は裏面のとおり】

【裏面】

振込口座

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支援金振込先※ゆうちょ銀行は通帳見開き下部の振込店名を記載してください。 | 口座名義人 | （フリガナ） |
|  |
| 金融機関名 | 銀行・信組・信金労金・農協・漁連 | 本店・支店出張所 |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号(左づめ) |  |  |  |  |  |  |  |  |

※振込口座通帳の口座番号等が記載された箇所の写しを添付してください。

|  |
| --- |
| 振込口座が確認できるものの写しを添付してください。 |
| 以下の①～④すべてが記載されている、通帳　又は　キャッシュカードの当該箇所の写し1. 金融機関名
2. 支店名
3. 口座番号
4. 口座名義

貼り付け欄 |