様式第1号(第5条関係)

年　　月　　日

身延町長　　　　　　様

住　　所

申請者　氏　　名　　　　　　　　　　㊞

電話番号

医療機関・社会福祉施設等物価高騰重点支援金給付申請書兼請求書

医療機関・社会福祉施設等物価高騰重点支援金給付事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

1．申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所区分 |  |
| 対象施設又はサービス |  |
| 給付申請額 | 円 |

※事業所区分及び給付申請額は、要綱別表を参照して記入すること。

2．振込先口座情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  | | |

事業継続意思確認欄（以下を確認し、確認後にチェック欄(□)にレを入れてください。）

□本事業所は、週の営業日数は3日以上であり、令和5年7月1日以後3月以上継続して事業を実施していく意思があります。