

別 記

第 1 号様式 (第 5 条)

年 月 日

習志野市長 宛て

申請者 法人の所在地  
法人名称  
代表者職・氏名 印  
  
(担当者氏名 )  
(電話番号 )

習志野市介護サービス事業者支援金交付申請書

習志野市介護サービス事業者支援金の交付を受けたいので、習志野市介護サービス事業者支援金交付要領第 5 条の規定により関係書類を添えて、下記事項に虚偽がないことを誓約のうえ申請します。

記

1 交付申請額 \_\_\_\_\_円

2 内訳

区分	1 事業所又は 1 人当たりの支援金額 (A)	事業所又は定員の数 (B)	計 (A×B)
A	100,000 円	箇所	円
B	300,000 円	箇所	円
C	25,000 円	人	円
合計			円

※(B) 欄については、区分 A 及び区分 B は事業所数を、区分 C は定員数を記載してください。

3 振込先口座

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
口座番号		預金種目	
(カナ) 口座名義人			

※口座名義は、申請者と同一の名義としてください。

4 誓約事項

令和 6 年 1 月 1 日以後、継続して習志野市内で介護サービス事業所を適正に運営しており、今後も当該事業所を適正に運営する意思があります。

5 添付書類

- ・ 交付金を振り込む金融機関の口座通帳の写し等、口座番号が確認できるもの