

様式第 1 号（第 4 条関係）

下田市医療、社会福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

下田市長 様

下田市医療、社会福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱第 4 条の規定により、下田市医療、社会福祉施設等物価高騰対策支援金の交付を次のとおり関係書類を添えて申請し、支援金を請求します。
支援金は、次の振込先口座に振り込み願います。

1 申請者

事業内容					
事業所名（店名）					
事業主					
所在地 （市内住所）	〒				
施設区分 ※該当区分を○で囲み、必要事項を記入してください。	医療関係機関	病院（ 床）・有床診療所（ 床）・無床診療所・訪問看護ステーション・保険薬局・施術所			
	介護関係機関	入所（定員 人）・通所施設・訪問・その他（ ）			
	障害福祉関係機関	入所（定員 人）・通所施設・その他（ ）			
建物所在地における 区分ごとの面積等					
金融機関名			銀 行 金庫・組合 農協・漁協	支 店	
金融機関コード （4 桁）				支店コード	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
口座名義人（カナ）					
口座名義人（漢字）					

2 申請額（請求額） _____ 円

- 3 交付要件確認事項（以下の内容を確認し、異議がないときは、□に✓をしてください。）
- ☐ 下田市暴力団排除条例（平成 23 年下田市条例第 10 号）で定める暴力団、暴力団員等又は暴力団員密接関係者が経営に関与していません。
- ☐ 市税の納付状況を市が確認することに同意します。

4 添付書類

- (1) 振込口座確認書類（口座名義及び口座番号が確認できる書類の写し）
- (2) 事業所等が下田市内に所在することを証する書類
- (3) 事業に供する面積が分かる書類（営業許可書類や図面など）