

(様式第1号の4)

受付番号	4						
------	---	--	--	--	--	--	--



医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(障害者福祉施設)

提出日： 年 月 日

愛媛県知事 中村 時広様

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額： 円

1. 申請者情報

法人名 (個人事業主の場合は個人名)				印
役職・代表者名				
法人所在地	郵便番号(ハイフンあり)			
	住所			
責任者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(責任者メールアドレス)				
担当者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(担当者メールアドレス)				

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

金融機関名			支店名	
金融機関コード(4桁)			支店コード(3桁)	
口座種別	普通・当座	口座番号(7桁)		
口座名義人 ※カタカナで記載				

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

施設区分	施設名	食料費負担の有無	所在地	事業所番号	定員数	光熱費(円)	支給額(円)	
						食料費(円)		
※施設名は略さずに正式名称を記入すること。							合計	円

4. 支給要件(3の表の食料費に金額が表示されている施設)

上記施設のうち、「食料費負担:有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食料費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。	左記に相違ない場合✓を記入 ☐
--	--

5. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。 なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。 住所 法人名 代表者職氏名	誓約する場合、 以下に✓を記入 ☐
---	--

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。
- ②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。