様式第１号（第４条関係）

**記入例**

年　　月　　日

香南市長　　　　　　　　様

（申請者）　〒

所在地

名称　**株式会社　○○○**

代表者職・氏名

電話番号

担当者氏名

香南市介護サービス事業所物価高騰緊急対策給付金給付申請書兼請求書

　香南市介護サービス事業所物価高騰緊急対策給付金給付事業実施要綱第４条の規定により、香南市介護サービス事業所物価高騰緊急対策給付金の給付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。また、給付金の給付の決定があった後は、給付決定された給付金を下記の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

**法人が運営している対象となる事業所**

記

１　申請事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業の種類 | ☑認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　□居宅介護支援  □地域密着型通所介護 | | 事業所番号 | **3900000000** |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 | **グループホーム〇〇** | |
| 事業の種類 | □認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　□居宅介護支援  ☑地域密着型通所介護 | | 事業所番号 | **3911111111** |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 | **デイサービス〇〇** | |
| 事業の種類 | □認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　☑居宅介護支援  □地域密着型通所介護 | | 事業所番号 | **3922222222** |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 | **ケアプランセンター〇〇** | |
| 事業の種類 | □認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　□居宅介護支援  □地域密着型通所介護 | | 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 |  | |
| 事業の種類 | □認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　□居宅介護支援  □地域密着型通所介護 | | 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 |  | |
| 事業の種類 | □認知症対応型共同生活介護　□認知症対応型通所介護  □小規模多機能型居宅介護　　□居宅介護支援  □地域密着型通所介護 | | 事業所番号 |  |
| 所在地 | 〒  香南市 | 事業所の名称 |  | |

（裏面）

**対象となる事業の種類の給付額の合計**

２　給付申請（請求）額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先口座

※振込先の口座は、申請者名義の口座に限ります。（法人の場合は、当該法人名義の口座に限ります。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 金融機関コード | 本・支店名 | 支店コード |
|  |  |  |
| 種別 | □ 普通  □ 当座 | 口座番号 |  | | |
| フリガナ |  | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | |

４　添付書類

（1）振込先口座の通帳の写し（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、口座名義人の確認ができるもの）

（2）暴力団排除に関する誓約書及び照会承諾書

５　同意事項

下記の事項について同意します。（内容を確認の上、□にチェックを入れてください。）

☑給付要件確認のため必要な税情報を市の関係機関に確認すること並びに必要な資料を他の行政機関等に求めること。

☑給付金の給付を受けた場合で、香南市長が必要と認めるときは、名称（法人にあっては法人名及び事業所名、個人事業主にあっては屋号等）及び所在地（法人にあっては本社及び本店、個人事業主にあっては主たる事業所が所在する町名等）を公表すること。また、当該項目について、必要に応じて他の行政機関等に情報提供すること。

|  |
| --- |
| 以下、市役所確認欄 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求書受理 | 実績確認 | 給付決定 |
| 担当者印 | 担当者印 | 可　・　否 |