

(申請者)

郵便番号 住 所 氏 名

(法人の名称・代表者の役職・氏名を記入)

色付けされているセルのみ必要事項をご入力下さい

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(救護施設物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(救護施設物価高騰対策支援事業)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 申請額

2 申請内訳

番号	施設区分	施設種別	施設名	所在地	定員数 (R7.12.1 時点)	詳細区分	基本額 (円)	定員加算額 (円)	支給額 (円)
1									0
2									0
3									0
4									0
5									0
6									0
7									0
8									0
9									0
10									0
11									0
12									0
13									0
14									0
15									0
16									0
17									0
18									0
19									0
20									0
21									0
22									0
23									0
24									0
25									0
26									0
27									0
28									0
29									0
30									0
合計									

3 振込先口座情報等

銀行等名		支店等名			
預金種別		口座番号		金融機関コード*	-
口座名義	(フリガナ)		振込先口座残高		-
	名称				

4 担当者情報

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	