

(様式第1号)

受付番号

1



医療・福祉施設食材費高騰対策応援金申請書(医療施設)

提出日: 年 月 日

愛媛県知事

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

(WEB申請の場合押印不要)

法人名 (個人事業主の場合は屋号)				⑩ (社印・代表者印)
役職・代表者名 (個人事業主の場合は氏名)				
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	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 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	医療施設名	所在地	医療機関コード	病床数	支給額(円)

※施設名は略さずに正式名称を記入すること。

合計

--

4. 支給要件

本申請書で申請している施設は、令和5年4月から同年6月までの毎月又は特定の月に、給食費の全部又は一部を施設側で負担しています。	左記に相違ない場合 ✓を記入
	<input type="checkbox"/>

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・福祉施設食材費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。 法人所在地 _____ 法人名 _____ 代表者職氏名 _____	誓約する場合、 以下に✓を記入 <input type="checkbox"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

※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)

- ②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れるもの(通帳の表紙と裏の見開き(カタカナでの名義・口座番号が記載されている部分)の写し)
※WEB申請の場合は写真データ等