

記載例

高松市医療・福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書

令和 7 年 1 月 27 日

(宛先) 高松市長

次のとおり高松市医療・福祉施設等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、高松市医療・福祉施設等物価高騰対策支援金（令和6年度）交付要綱第6条の規定により、申請します。

1 申請者

事業者名 (個人事業主の場合は、個人名)	高松株式会社
代表者職氏名	代表取締役 高松太郎
事業者所在地	高松市桜町12345
担当者(所属・職氏名)	桜町花子(総務課 係長)
電話番号	0120-123-456
メールアドレス	hanako@takamatsu.com

申請書に記入した日

個人事業主の場合は空欄

連絡がつけば代表等でも可

2 支援金の振込先

申請者である事業者名義の口座を指定してください
(法人等の場合は当該法人等、個人事業主の場合は、当該個人の口座に限る)

金融機関名	高松	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 農協	桜町	<input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
金融機関コード	0 1 2 3	支店コード		4 5 6		
口座番号	7 8 9 0 1 2 3					
フリガナ	カマツ(カ) ケイコウトシマヤク カマツタロウ					
口座名義人	高松株式会社 代表取締役 高松太郎					

必ず「1 申請者」の事業者名・代表者職氏名と同じ名義の口座にしてください。

- 例) 申請者 社会福祉法人●●会 理事長 △△ △△
- × 口座名義 社会福祉法人●●会 ××保育園 園長 □□ □□
- × 口座名義 △△ △△
- × 口座名義 ××保育園 園長 △△ △△

3 誓約・同意事項(誓約・同意する場合、□にチェックを入れてください。)

全ての項目に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。

- 高松市医療・福祉施設等物価高騰対策支援金の受給要件(①かつ②)に該当しており、同要綱の規定内容を遵守します。
 - ①申請の医療・福祉施設等を令和6年10月1日及び申請日において運営しており、かつ、令和7年3月31日までに休止又は廃止を予定していないこと。
 - ②暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定する暴力団若しくは同条第6号に規定する暴力団員又はこれらの者と密接な関係を有する者でないこと。
- 交付要件の確認のために必要があるときは、高松市が保有している個人情報を利用すること又は関係機関に問い合わせることについて、同意します。
- この申請書を、高松市において支給決定をした後は、給付金の請求書として取り扱うことについて、同意します。
- 支援金の受給要件に該当しない事実や不正等が判明したことにより、支援金の交付が取り消されたときは、速やかに支援金を返還します。

必ず内容を確認し、チェックしてください。

対象施設の変更により、交付申請額が変更になる場合は、赤書き二重線で消し、正しい金額を記入してください。(手書き可)

4 交付申請額

~~75,000~~ 50,000 円

5 交付対象施設等

種別	施設等名称	施設等所在地	支援金額(円)
2(4)	相談支援センター かさすせ	高松市△△4-5 あああビル1F	50,000
1(6)	かさすせ接骨院	高松市△△4-5 あああビル2F	25,000

①高松市が把握している支援金交付対象施設等を記載しています。
通知文裏面の「支援金交付対象施設等および交付金額」の備考のとおり、重複となる施設は除外しています。

②詳細は通知文裏面の「支援金交付対象施設等および交付金額」を参照してください。

③修正する場合は、赤書き二重線で消し、正しい情報を記入してください。

④削除する場合は、すべて赤書き二重線で消してください。

⑤新規に追加する場合は、赤書きで追記してください。

⑥修正等は手書きでもかまいません。