

## 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 8 年 月 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7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)	
代表者職氏名	
事業者所在地	
担当者（所属・職氏名）	
電話番号	
メールアドレス	

## 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		<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> 普通
		<input type="checkbox"/> 金庫		<input type="checkbox"/> 支所		<input type="checkbox"/> 当座
		<input type="checkbox"/> 組合		<input type="checkbox"/> 出張所		
		<input type="checkbox"/> 農協				
金融機関コード				支店コード		
口座番号						
フリガナ						
口座名義人						

## 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

<input type="checkbox"/> 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。 <ul style="list-style-type: none"> <li>①申請の医療・福祉施設等を令和7年10月1日及び申請日において運営しており、かつ、令和8年3月31日までに休止又は廃止を予定していないこと。</li> <li>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。</li> </ul>
<input type="checkbox"/> 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。
<input type="checkbox"/> この申請書を、高松市において交付決定をした後は、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。
<input type="checkbox"/> 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。

## 4 交付申請額

円

## 5 交付対象施設等

種別	施設等名称	施設等所在地	支援金の額(円)

別紙 交付対象施設等