

東吾妻町長 宛

申請者

所在地

事業所名

代表者名

電話番号

印

東吾妻町医療・介護・福祉施設等物価高騰対策支援給付金支給申請書兼請求書

東吾妻町医療・介護・福祉施設等物価高騰対策支援給付金の支給を受けたいので、東吾妻町医療・介護・福祉施設等物価高騰対策支援給付金支給要綱第4条の規定により、下記のとおり申請（請求）します。

記

1 支給申請（請求）額

事業所名	施設区分	床数又は定員 (※)	支援給付金の額
計			

※欄は、施設区分の病院・通所系事業所・入所系施設に限り記入してください。

2 振込口座

金融機関名	銀行・金庫 農協・組合		本・支店 本・支所
口座種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな	-----		
口座名義			

3 添付書類

振込口座が確認できる書類の写し

※裏面もご記入をお願いいたします。

4 誓約事項

- (1) 東吾妻町暴力団排除条例（平成24年東吾妻町条例第20号）第2条に掲げる者ではありません。
- (2) 町税に未納はありません。
- (3) 事業にかかる必要な許可等をすべて有しており、事業を継続しています。
- (4) 支援給付金の支給を受ける申請書類及び添付書類に虚偽等が判明した場合は、支援給付金の返還に応じます。

東吾妻町医療・介護・福祉施設等物価高騰対策支援給付金の支給申請にあたり、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。

事業所(法人)名 _____

代表者名 _____