

枚方市福祉施設等に対する光熱費等支援事業支給申請書

令和 年 月 日

枚方市長

標記について、下記のとおり申請します。

申請者	法人名称						
	法人所在地	〒					
	法人代表者の職及び氏名	職			氏名		
	担当者氏名						
	担当者連絡先	電話			FAX		
		mail					
	※原則、法人の口座へ振込						
	法人口座振込先 (銀行又はゆうちょ銀行)	銀行名				支店名	
		口座種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
		口座名義					
助成金申請事業所等合計数		助成金申請合計額			円		
この申請に誤りはありません。	<input type="checkbox"/> 確認チェック	法人代表者目書 (フルネームサイン)					

※同一住所、同一所在地で同じ系統の事業所(例:介護・障害福祉の通所系と通所系の場合は、1か所での助成となります。)

支援 (助成金) 対象施設	系統	事業所別	サービス種別				
	入所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号				
			事業所・施設名				
			管理者(責任者)				
			住所	〒			
			電話			FAX	
			mail				
	系統	事業所別	サービス種別				
	通所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号				
			事業所・施設名				
			管理者(責任者)				
			住所	〒			
			電話			FAX	
			mail				
	系統	事業所別	サービス種別				
	訪問系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号				
			事業所・施設名				
			管理者				
住所			〒				
電話					FAX		
mail							

支援 (助成金) 対象施設	系統	事業所別	サービス種別			
	入所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号			
			事業所・施設名			
			管理者（責任者）			
			住所	〒		
			電話		FAX	
			mail			
	系統	事業所別	サービス種別			
	通所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号			
			事業所・施設名			
			管理者（責任者）			
			住所	〒		
			電話		FAX	
			mail			
	系統	事業所別	サービス種別			
	訪問系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号			
			事業所・施設名			
			管理者			
			住所	〒		
			電話		FAX	
			mail			
	系統	事業所別	サービス種別			
	入所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号			
			事業所・施設名			
管理者（責任者）						
住所			〒			
電話				FAX		
mail						
系統	事業所別	サービス種別				
通所系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号				
		事業所・施設名				
		管理者（責任者）				
		住所	〒			
		電話		FAX		
		mail				
系統	事業所別	サービス種別				
訪問系	<input type="checkbox"/> 介護事業所 <input type="checkbox"/> 障害福祉事業所	指定番号・届出番号				
		事業所・施設名				
		管理者				
		住所	〒			
		電話		FAX		
		mail				

※振込後に誤申請や虚偽の申請が発覚した場合は、速やかに返還を求めるとします。