第１号様式（第４条関係）

国立市しょうがい福祉サービス事業所等事業継続支援給付金交付申請書

　年　　 月　　 日

国立市長 殿

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　 　　　　　　　印

国立市しょうがい福祉サービス事業所等事業継続支援給付金の交付をされたく、国立市しょうがい福祉サービス事業所等事業継続支援給付金交付要領第４条の規定により、下記のとおり申請します。

記

交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　円

（内　訳）　　　　　　　　事業所　×　50,000円

１．交付対象事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | 事業所名 | 住所 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

（※）欄が足りない場合には、別紙に続けてください。

２．口座振替依頼書

　国立市しょうがい福祉サービス事業所等事業継続支援給付金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼書 | 銀　　行  信用金庫  組　　合 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
| １ 普通  ２ 当座  ３その他(　　 ) |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | |  | | | | | | | | | | |

３．本申請の事務ご担当者様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご担当者名 |  | ご連絡先 |  |