

別 記

第1号様式 (第5条)

酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先) 酒々井町長

請 求 者 事 業 者 名
住 所
代 表 者
電 話 番 号 印

酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業について給付金の交付を受けたいので、酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請の上、請求します。

1. 施設・事業所名

2. 対象区分 (次の施設又は事業のうち対象となるものに○で囲み、左の□にチェックして下さい。)

病院・診療所・薬局

介護保険法に基づく事業

(居宅サービス (福祉用具貸与・特定福祉用具販売を除く。)) ・地域密着型サービス・居宅介護支援・施設サービス)

障害者総合支援法に基づく事業 (障害福祉サービス・地域生活支援事業)

児童福祉法に基づく児童養護施設

3. 請 求 額 万円

4. 振込先

振 込 先	金 融 機 関 名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所
	預 金 種 別	<input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

添付書類

- 1 預金通帳の写し等
- 2 職員数が確認できる書類
- 3 その他町長が必要と認める書類

第2号様式 (第6条)

酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業決定通知書

酒々井町指令第 号
年 月 日

様

酒々井町長 印

年 月 日付けで申請のあった酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業について、酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

給付金決定額 円

第3号様式（第6条）

酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業却下通知書

酒々井町指令第 号
年 月 日

様

酒々井町長 印

年 月 日付けで申請のあった酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業について、酒々井町医療・福祉事業者等支援給付金事業実施要綱第6条第2項の規定により、下記のとおり決定したので通知します。

記

却下理由：