

別記様式第1号（第6条関係）

美祢市医療機関等、介護施設等及び障害者支援施設等物価高騰対策支援金支給  
申請書（兼請求書）

年 月 日

美祢市長 様

申請者 法人等名  
代表者名

印

このことについて、下記のとおり申請します。

1. 申請者等情報

法人等所在地 (通知書送付先)	〒			
法人等名				
代表者	職名		氏名	
申請に関する担当者	所属		職名/氏名	
連絡先	電話番号		メールアドレス	

2. 支援金申請額（内訳は別記様式第1-2号のとおり）

申請額 円

3. 振込口座情報

金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
(カタカナ)			
口座名義			

※口座名義人（カタカナ）は通帳の記載どおりに記入してください。

4 添付書類

(1) 美祢市医療機関等、介護施設等及び障害者支援施設等物価高騰対策支援金支給申請額内訳書（別記様式第1-2号）

5 確認事項

以下の確認事項に同意します。

（確認事項）

- 次の各事項のいずれも該当する者でなければ支援金を給付しない。
- ①支援対象者の要件を満たしていること。
  - ②支給のために提出した書類に虚偽がないこと。
  - ③要綱第8条の不支給要件に該当しないこと。
  - ④虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じることに同意すること。
  - ⑤個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で市担当課と共有することに同意すること。
  - ⑥市税の情報に関して、市担当課が確認することに同意すること。