様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

伊賀市介護保険サービス事業者等安定運営支援金交付申請書兼請求書

伊賀市長様

申請者

法人所在地

法人名

代表者役職・氏名

※本人の署名がない場合は、記名押印ください。

申請に関する担当者

職名・氏名

電話番号

　伊賀市介護保険サービス事業者等安定運営支援金の交付を受けたいので、伊賀市介護保険サービス事業者等安定運営支援金交付要綱第５条の規定により申請します。

　※この申請書は、伊賀市において交付決定をした後は、交付決定日をもって請求日とし、支援金の請求書として取り扱います。

支援金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

【振込口座】（※申請者の口座とします。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号（右詰めでお書きください。） |
| 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ）（通帳の表記に合わせてください。） |  |

※ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄へご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | 口座番号（右詰めでお書きください。） |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上に記載された記号・番号をご記入ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ）（通帳の表記に合わせてください。） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定日 | 　年　　月　　日 |