

「介護保険サービス事業所等に対する特別支援金」申請書

令和3年 月 日

交野市長 様

標記について、次のとおり申請します。

【申請者】

法人等所在地	〒
法人名称（事業所設置者）	
法人代表者の役職・氏名・ 代表者印	
連絡先（担当者）	TEL (担当)

【申請内容】

	事業所名称	所在地	サービス種別
	(例) ○○ヘルパーステーション	星田○-△-□	訪問介護
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

【申請金額】

100,000 円 × サービス数（事業所数） = 円

【振込先】

銀行名	銀行支店名	預金種目	口座番号
口座名義人（通帳に記載のとおりのカタカナで）			

※記載誤りがあった場合は、振込予定日に振込できませんのでご注意ください。