様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　　年　　月　　日

　小野町長　様

　　　　　　　　　　　　申請者　住所又は

所在地

名称及び

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号　（　　　　－　　　　－　　　　　）

小野町医療・介護・福祉施設等価格高騰重点支援給付金申請書兼実績報告書

　小野町医療・介護・福祉施設等価格高騰重点支援給付金を受けたいので、小野町医療・介護・福祉施設等価格高騰重点支援給付金実施要綱第４条の規定により申請並びに実績報告します。

記

　１　申請内容

１）施設等の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設等名称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者氏名 |  |
| 施設区分 |  |

２）申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫・農協　　　　　　　　本店・支店 |
| 口座種別 | 普通　　　　　当座　　　　その他（　　　　　　　） |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |