別記第１号様式（第５条関係）

令和　　年　　月　　日

**函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給申請書**

函館市長　大　泉　　潤　様

函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金の支給を受けたいので，函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給要綱第５条第１項の規定により，以下のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所  (個人事業者は自宅住所) | 〒 | |
| 法　人　名  代表者職･氏名  (個人事業者は氏名) |  | |
| 生年月日  (個人事業者のみ) | Ｔ・Ｓ・Ｈ　　 年　　月　　日 | |
| 連　絡　先  ※日中に連絡の取れる電話番号 | 連絡先  電話番号 |  |
| 担当者  (所属･氏名) |  |

１　申請者

※　誓約書を添付してください。

２　支給対象施設

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 種　別  (該当する種別に○) | 有料老人ホーム ・ サービス付き高齢者向け住宅 ・  生活支援ハウス |
| 定　員 | 名　（令和５年１０月１日現在） |

※　対象施設が複数ある場合は，名称・種別・定員等の一覧を別途添付してください。

３　支給申請額

（１人あたり6,400円×定員）

|  |
| --- |
| 金　　　　　　　　　　　　円 |

４　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 銀　行　名 |  |
| 店　　　名 |  |
| 口 座 種 別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号(7ｹﾀ) |  |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ |  |
| 口 座 名 義 |  |

※　ゆうちょ銀行の場合は「記号番号」を記入せず，「店名」「口座番号」をそれぞれの欄に記入してください

※　申請者名義の口座を記載してください。

※　振込先を確認できる口座通帳等の写しを添付してください。