**函館市社会福祉施設等物価高騰対策支援事業給付金**

**誓約書　兼　振込口座申出書**

函館市社会福祉施設等物価高騰対策支援事業給付金（以下「本給付金」という。）の支給申請にあたり以下のとおり誓約します。また，本給付金の支給に際し，以下の振込先口座を申し出ます。

函館市長　大　泉　　潤　様

令和 　 年　　　月　　　日

　１．函館市社会福祉施設等物価高騰対策支援事業給付金支給要綱に定める支給対象者の要件を満たしています。

　２．申請書類の内容は全て事実です。

　３．申請書類の内容に偽りやその他不正等が判明した場合には，市が本給付金の申請または給付の決定を取り消し，本給付金の支給後にあっては，市の指定する方法および期日までに本給付金の全部を市に返還することに同意します。

　４．市から確認・報告・是正のための措置の求めがあった場合は，これに応じます。

申請者名　（法　人）法　人名

代表者　職・氏名

（個人事業者）氏名

**振込先口座**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **連絡先電話番号** |  | | | | | | | | **担当者氏名** | | | | |  | | | | | | | |

※　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。