

※ 記載漏れがあった場合は、受け付けないことがあります。
※ 要綱第6条の規定に基づき支給を決定した場合でも、市から通知等はいたしません。

(記載例)

令和 6年 1月 15日

高知市長 桑 名 龍 吾 様

申請書兼請求書に記載
した日の日付を記入

高知市社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請書兼請求書

高知市社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金給付事業実施要綱第4条の規定により、給付金の給付を受けたいので、裏面の誓約同意事項に誓約、同意の上、下記のとおり申請（請求）します。

記

1 申請者(※ 必ずそれぞれの欄に収まるよう記入すること。)

フリガナ	カブシキガイシャ トウキョウカイゴ
法人名	株式会社 東京介護
代表者職名	代表取締役
代表者氏名	東京 太郎
法人本社の所在地	東京都港区 123456 番地
担当者名	高知 花子
電話番号	088-823-9972

必ず「法人所在地」をご記入ください。例えば東京に本社があり高知に支社がある場合、東京の本社の所在地を記入することとなります。

2 給付申請(請求)額 100,000 円

3 振込口座

金融機関名	介護保険	銀行・信金・農協	支店名	港区	支所
口座種別	普通・当座	口座番号	1 1 1 1 1 1 1		
フリガナ	カ) トウキョウカイゴ				
口座名義	株式会社 東京介護 代表取締役 東京太郎				

※ 申請者である法人又は個人事業者と振込口座の名義人が異なる場合は、別途委任状を提出してください。

口座名義人が同一人物であっても、申請者（法人代表者）の役職名と口座名義人の役職名が異なる場合は、委任状が必要です。委任状は高知市介護保険課のホームページに掲載しております。

<裏面あり>

※ チェック漏れ注意
これらのうち、1つでもチェックがない場合は、給付対象とはなりません。

4 誓約事項及び同意事項(内容を確認の上、口にチェックを入れてください。)

誓約事項	<input checked="" type="checkbox"/> 申請の内容に偽りがないこと。
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請日において介護保険サービス事業を営んでおり、かつ、申請後も介護保険サービス事業を継続する意思を有すること。
	<input checked="" type="checkbox"/> 申請を行う事業所等について、「高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金」の申請を行っていないこと。
	<input checked="" type="checkbox"/> 高知市事業者等からの暴力団の排除に関する規則(平成23年規則第28号)第4条各号に掲げる者に該当しないこと。
	<input checked="" type="checkbox"/> 市税を滞納していないこと。
同意事項	<input checked="" type="checkbox"/> 受給資格の確認に当たり、市が申請の内容等について公簿等により確認を行うこと。
	<input checked="" type="checkbox"/> 給付事業の適正な執行を確保するために必要な限度において、市が、受給者に対し、書類の提出若しくは報告を求め、又は必要な調査をすることがあること。

(別紙1)の添付がない場合は受付できませんのでご注意ください。

令和6年1月1日時点で給付対象となる施設のみ(別紙1)に掲載しています。今後、給付対象となる施設がある法人は、その都度申請してください。
※ 申請期限は、通知参照

5 添付資料

- (1) 申請事業所一覧(別紙1)
- (2) 振込先口座及び口座名義の分かる書類

金融機関名、支店名、口座名義人のカナが確認できるものを指します。通帳の写しの場合は、1ページ開いた部分の写しです。

<市役所使用欄>

内容審査					給付 決定
担当	担当	係長	課長補佐	課長	
					可・否