記入例

様式第１号（第４条関係）

令和７年〇月〇〇日

佐久市長　様

佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金支給申請書兼請求書

標記支援金の支給を受けたいので、佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金支給要領第４条の規定により、下記のとおり支援金の支給を申請します。なお、申請に当たり、市長が市税等の納付状況を調査することに同意します。

記

申請者			
フリガナ	カ.サクフクシ	フリガナ	サク タロウ
法人の名称	株式会社佐久福祉	代表者の職氏名	代表取締役 佐久 太郎
法人の所在地	〒385-8501 長野県佐久市中込 3056		
担当者氏名 （所属・職氏名）	佐久次郎（経理課　主任）		
担当者メールアドレス	sakukai@×××.〇〇	電話番号	〇〇-△△△△

支給申請額	512,000 円

振込先											
金融機関名	金融機関番号				支店名	支店番号			分類		
佐久銀行	〇	〇	〇	〇	中込	×	×	×	1. 普通 2. 当座		
口座番号	1	2	3	4	5	6	7				
口座名義	（フリガナ）カ.サクフクシ 株式会社佐久福祉										

誓約事項	
☑	この支援金は、物価高騰による事業及び利用者への影響を軽減するものであることの趣旨を理解し、事業所又は施設の光熱費・食材費・燃料購入費等に充てます。
☑	佐久市暴力団排除条例に規定する暴力団又は暴力団員ではありません。
☑	市税等市の徴収金に滞納はありません。

上記項目を確認し、「レ」を付けてください。全ての項目にレが付きましたら提出願います。

（添付書類）

1　佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金事業一覧表（別紙）

2　長野県の社会福祉施設等価格高騰対策支援金の対象である場合は、県の決定通知書又は申請書の写し（県事業の対象外である場合は、添付不要）

（注意事項）

申請金額は同封した別紙「佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金事業一覧表」の内容を確認の上、同表右下の合計金額を記入してください。

代表印（会社実印）は不要です。

書類を訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、二重線の上に訂正印をして下さい。
申請額の修正、修正液・修正テープ等の使用、二度書き、塗りつぶし等は不可です（書き直しとなります）。