様式第1号(第4条関係)

富良野市医療・福祉施設等物価高騰特別支援金交付申請書兼請求書

令和7年2月28日

富良野市長

法人等名

所在地

代表者職氏名　　㊞

電話番号

富良野市医療・福祉施設等物価高騰特別支援金について、下記事項に誓約・同意のうえ申請します。
交付決定された支援金は、下記の口座へ振り込んでください。

記

1　申請額　　円

2　内訳

施設・事業所名	種別	サービス種別	病床・定員・施設数	単価(円)	申請額(円)
合　　計					

3　誓約・同意事項

当法人は、以下の条件を全て満たしています。また、事実と異なる申請内容により交付を受けた場合は、速やかに支援金の返還について同意します。

(1)上記内訳に記載した施設・事業所は、令和6年12月1日の時点で事業を開始運営しています。

(2)上記内訳に記載した施設・事業所は、申請日の時点で廃止していません。

4　振込先口座

振込先	金融機関名		金融機関コード		支店名		支店番号	
	口座名義(カナ)					口座番号		
	口座名義					預金種別		