

芦屋市介護保険サービス事業所等事業継続支援金支給申請書兼請求書

芦屋市長 宛

所在地

申請者名称

(法人名) 代表者

印

芦屋市介護サービス事業所等事業継続支援金支給要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり必要書類を添えて事業継続支援金の支給を申請します。

なお、申請する収入額等申請内容に変更が生じた場合は、ただちに届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|---------|--|----|---------------------|----------|---|---|---|---|---|
| 申請者 (法人) | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | | | | | 氏名 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 支給対象事業の種類 | フリガナ | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | 事業所番号 | | | | | | |
| | 事業の種類 | | | | | | 開設年月日 | S | H | R | 年 | 月 | 日 |
| | 区分 (該当するものに○) | 介護保険法に規定するサービス事業 | | | | | | | | | | | |
| | | 障害者総合支援法に規定する障害福祉サービス又は地域生活支援事業 | | | | | | | | | | | |
| | | 児童福祉法に規定するサービス事業 | | | | | | | | | | | |
| 事業所の所在地 | (郵便番号 —) 芦屋市 町 番 — 号 | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 収入状況 | 基準月 | 年 | 月 | 基準月の収入額 | | | | | | | | | 円 |
| | 対象月 | 年 | 月 | 対象月の収入額 | | | | | | | | | 円 |
| 収入が減少した理由 | | | | | | | | | | | | | |
| 持続化給付金給付状況 (該当するものに○) | | 給付要件に該当しない | | | | | 給付決定 (給付額 円) | | | | | | |
| 請求額 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 受取口座 | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 () | | | | | 本・支店 本・支所 出張所 | | | | | | |
| | 店番号 | | | | | | 口座種別 | 普通・当座・貯蓄 | | | | | |
| | 口座番号 (右詰めで記入) | | | | | | フリガナ | | | | | | |
| | | | | | | | 口座名義人 | | | | | | |

(添付書類)

- 収入の確認できる書類
- 持続化給付金関係書類
- その他 ()

(市記入欄)

| | |
|-------|---------|
| 審査 | 支給決定・却下 |
| 支給決定額 | 円 |