

年 月 日

↑申請日を入力してください。

鳥取県知事 様

↓申請者情報を入力してください。

所在地(郵便番号)

事業所所在地

(番地等)

申請事業所名

代表者職・氏名

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい者福祉施設物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい者福祉施設物価高騰対策支援事業(補装具貸与・販売事業者))の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金0円

2 申請内訳 申請事業所数: 1

	施設名	サービス種別	事業所番号	定員数	実利用者数	基本額(円)	加算額(円)	支給額(円)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
計								0

3 振込先口座情報等

銀行等名				支店等名		
預金種別		口座番号		金融機関コード	—	—
口座名義	(フリガナ)				口座情報を入力してください。	
	名称					

4 担当者情報

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

担当者情報を入力してください。