

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

つがる市長

[申請者] 〒

住 所

名 称

代表者氏名

印

障害福祉サービス事業継続支援金交付申請書兼請求書

令和4年度つがる市障害福祉サービス事業継続支援金の交付を受けたいので、つがる市障害福祉サービス事業継続支援金交付事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 申請額 金 円
- 2 誓約書 (別紙1のとおり)
- 3 申請内訳等 (別紙2のとおり)
- 4 その他関係書類 (1) 事業所の令和3年度決算額等を確認できる書類  
(2) 市税に滞納がないことの証明書  
(3) 振込先の通帳の写し  
(4) その他市長が必要と認めた書類
- 5 振込先

(1) 銀行・信用金庫・信用組合などの場合

金融機関名		支店名	
金融機関コード		支店番号	
口座番号(7桁)		預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人 (カタカナで記載)			

(2) ゆうちょ銀行の場合

通帳記号		(5桁又は6桁)
通帳番号		(8桁)
口座名義人 (カタカナで記載)		

※振込先の通帳の写し（「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れるもの（通帳の表紙や表紙裏側のコピーなど）を添付。

別紙1 誓約書

誓約書

- (1) 令和4年12月1日時点で障害福祉サービス事業を実施しています。また支援金の給付を受けた以降においても事業を継続していく意思があります。
- (2) つがる市の市税に滞納はありません。
- (3) つがる市暴力団排除条例施行規則（平成24年規則第32号）第2条第5号に規定する排除措置対象者ではありません。
- (4) 支援対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

<p>私は、令和4年度つがる市障害福祉サービス事業継続支援金を申請するにあたり、上記の内容について誓約します。</p> <p>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所</p> <p>名称</p> <p>代表者氏名</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>誓約する場合は左欄へ必要事項を記入のうえ、このチェックボックスに「✓」を記入してください。</p>
--	--

- ※ 枠内について記入してください。
- ※ 代表者氏名欄には代表者印を押印してください。
- ※ 誓約のチェック (☑) が無い場合は、申請書を受け付けることができません。

別紙2 申請内訳等

(1) 対象事業所

No	事業所番号	事業所名	障害福祉サービスの種類	事業所住所	事業所電話番号	設置者

※ 行が不足する場合は追加可。また不要な行及び注釈等は適宜削除可。

(2) 申請額内訳

(単位：円)

No	事業所名	事業規模			年間事業規模	介護事業併設有無	支援金額
		R3年度	R4年度				
		決算額	予算額 (又は実績額)	左記の 月数			
						有・無	
						有・無	
	申請額合計						

※ 事業規模は、「R3年度決算額」又は「R4年度予算額（又は実績額）」及び「月数」のいずれか一方をご記入ください。

※ 年間事業規模は、「R3年度決算額」又は「R4年度予算額（又は実績額）÷月数×12」のいずれか一方をご記入ください。

※ 行が不足する場合は追加可。また不要な行及び注釈等は適宜削除可。

以上、当法人が設置する障害福祉サービス事業所の R3 年度決算額（R4 年度予算額（又は実績額））に相違ないことを証する。

令和 年 月 日

(名称及び代表者氏名)

印