

宮崎県知事 殿

令和5年度宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金申請書

次のとおり、令和5年度宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 基本情報

事業者名 (法人等名)	フリガナ	
	名称	
法人等 所在地	郵便番号	
	住所(番地・住居番号)	
	(建物名等)	
代表者	職名	
	氏名	
書類作成 担当者	フリガナ	
	氏名	
連絡先	電話番号	
	(日中繋がる番号)	
	e-mail(アドレス)	

2 支給の対象事業に関する情報

(1) 給食実施の有無について ※下記のいずれかにチェック

<input type="checkbox"/>	給食を実施している
<input type="checkbox"/>	給食を実施していない

(2) 支援金振込先口座について

① 振込預金口座

金融機関名			
支店名			
金融機関コード		支店コード	
預金種別			
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

② 通帳の写し(PDFファイル等)

※ 通帳の写しを添付。(表紙及び表紙をめくった次ページ)

3 令和5年4月1日時点における在籍児童数

番号	在籍児童氏名	生年月日	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

番号	在籍児童氏名	生年月日	備考
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			

※行が足りない場合は、必要に応じて行の挿入をしてください。

4 申請に当たっての確認事項

以下の全ての要件を満たしているか確認し、□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
<input type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領別表を確認し、対象事業所であることを確認しました。
<input type="checkbox"/>	在籍児童数には、学童は含んでおりません。

上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。虚偽があった場合はいかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

年 月 日

法人等名

代表者名