様式第１号（第６条関係）

新富町福祉事業者等物価高騰対策支援給付金申請書兼請求書

新富町長　殿

申請日　令和　年　月　日

所在地　　　　　新富町

福祉事業者名（施設名）

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

担当者職・氏名

メールアドレス

新富町福祉事業者等物価高騰対策支援給付金の支給を受けたいので、新富町福祉事業者等物価高騰対策支援給付金事業実施要綱第６条の規定に基づき以下のとおり申請を行うとともに請求します。

**給付金請求額　　　金　５０，０００円**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関 | 支店 |
| 口座種類 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

１　申請者と異なる法人や個人の口座には原則振り込めません。

２　押印する印鑑は銀行印である必要はありませんが、シャチハタ等のスタンプ式印鑑は不可です。

様式第２号（第５条関係）

**誓　約　書**

新富町長　　殿

**私は、新富町福祉事業者等物価高騰対策支援給付金を請求するにあたり、次のとおり誓約します。**

１　今後も事業を継続する意思があります。

２　本給付金の申請に虚偽があった場合は、給付金を全額返還します。

３　暴力団等の反社会勢力又は反社会勢力との関係を有する者ではありま

せん。

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、給付金の返還を命じられることとなっても、異議は一切申し立てません。

令和　　年　　月　　日

所在地　　　　新富町

福祉事業者名（施設名）

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号