

様式第1号（第6条関係）

新富町医療機関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
医 療 機 関 名	
代 表 者 名	印
電 話 番 号	
担当者職・氏名	
メールアドレス	

新富町医療機関等物価高騰対策支援給付金の支給を受けたいので、新富町医療機関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。

誓 約 書

新富町長 殿

私は、新富町医療機関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

医 療 機 関 名

代 表 者 名 印

電 話 番 号