

記入日をお書きください

令和2年7月9日

(申請先)

横浜市長

(申請者)

法人名 ○○○○法人 △△△△△

所在地 横浜市中区○町○-○-○

代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○

印は理事長印等、
代表者の印鑑です

印

振込先の確認できるもの
(通帳見開きのコピー等)も
添付してください。

横浜市介護サービス運営費助成事業助成金交付請求書

横浜市介護サービス運営費助成事業

金額をお書きください。なお、金額の訂正は出来ません。
(間違えた際は、再度作成をしてください。)

1 申請金額

1,500,000 円

(※「助成額試算結果」の交付額合計の金額をご記入ください。)

こちらを押印
してください。

印

2 対象事業所

事業所(施設)名	△△△サービス事業所			事業所番号	1234567890	
サービス種別	通所介護 横浜市通所介護相当サービス	担当者名	○○ ○○	連絡先☎	123-4567	

3 振込先 次の口座に振込を依頼します。

銀行・信金の別、本店・支店・
出張所の別に○をつけてください。

金融機関名称				口座番号(右づめ)						
横浜 銀行 信用金庫	横浜	本店 支店 出張所	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7
口座 名義人	(カナ) △△△サービスジギョウシ △△△サービス事業所									

申請者と口座名義人が異なる際は
必ず記入し、押印してください。
(申請者欄と同じ代表者印を使用)

※口座名義人が申請者と異なる際には下記に氏名の記載と押印をお願いします。(申請者欄)

○振込については上記の者に委任します。(申請者氏名) ○○ ○○

印