

令和 7 年度摂津市医療施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

摂津市長 様

申請者 所在地
(請求者) 名 称
代表者職氏名
電話番号

医療施設等物価高騰対策支援金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。なお、交付することと決定した場合は、交付決定された医療施設等物価高騰対策支援金を次の口座に振り込んでいただきますよう請求します。

交付の対象となる 医療施設等の名称							
交付の対象となる 医療施設等の所在地							
交 付 申 請 額	円						
振 込 口 座							
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 支店 農業協同組合						
口座の種類	当 座 ・ 普 通						
口 座 番 号							
フリガナ							
口 座 名 義							

医療施設等物価高騰対策支援金の申請に当たり、以下のことを同意します。

以下の□欄にチェックをしてください。

【同意事項】

☐ 申請内容に不備等があった際には、市が求める資料等を提出し、調査に協力するとともに、支援金の返還の必要があると市が判断した場合には速やかに応じます。

【注意事項】 口座名義人が申請者（請求者）と異なる場合、以下に申請者（請求者）を記入し、代表者印を押印してください。

私は、上記の口座名義人に支援金の受領に関する一切の権限を委任します。

（記名押印欄）