

深谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策支援事業支援金交付申請書兼請求書

令和8年〇月〇日

深谷市長

宛て

役職名は正式名称を記入。
（代表取締役、管理者…など）

振込先口座が法人名の場合、
申請者欄にも法人名を記入。

事務担当者のかたの電話番号
および氏名の記入。

申請者

所在地 **深谷市仲町11番1号**
社会福祉法人 長寿福祉会
事業者名 **デイサービスセンターふかや**
代表者名 **管理者 深谷 太郎 印**
連絡先 **048-000-0000 担当：〇〇**

事業所印を必ず押印。事業所印
が無い場合は代表者の個人印。

深谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策支援事業支援金交付要綱第4条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

- 1 確認事項（該当する場合は、□に✓をしてください。）
 令和8年1月1日現在、事業所を休止していません。（ただし、事業所の一部休止を除く）
 交付申請日において事業所を休止又は廃止していません。
 代表者、役員その他の当該団体に実質的に関与している者が深谷市暴力団排除条例（平成24年深谷市条例第2号）第2条第2号に規定する暴力団員ではありません。

2 申請及び請求額 金 **216,000** 円

3 内訳（該当箇所の□に✓をしてください。）

訂正印含め修正不可。

□入所系事業所（定員数及び合計を記入してください。）

定員1人当たりの額（A）	定員数（B）	計（A×B）
26,900 円	人	円

通所・訪問・相談系事業所（金額は1事業所当たりの額）

事業所種別	金額（A）	事業所数（B）	計（A×B）
<input type="checkbox"/> 通所系事業所（食事提供あり）	216,000 円	1	216,000 円
<input type="checkbox"/> 通所系事業所（食事提供なし）	45,700 円		円
<input type="checkbox"/> 訪問系及び相談支援事業所	4,500 円		円

4 振込先

金融機関名	支店名	預金種目					
〇〇〇銀行	深谷支店	普通 ・当座					
金融機関コード	店舗コード	口座番号					
0 0 0 0	5 8 0	1 2 3 4 5 6 7					
フリガナ	フク) チョウジュフクシカイ						
口座名義	福) 長寿福祉会						

通帳の表記と同じ。