

武 蔵 野 市 長 殿

所 在 地
事業者名
代表者名
印

武蔵野市ケアプランデータ連携システム導入補助金交付申請書
兼請求書兼誓約書兼振込依頼書

武蔵野市ケアプランデータ連携システム導入補助金の交付を受けたいので、武蔵野市ケアプランデータ連携システム導入補助金交付要綱第 6 条の規定により、下記のとおり誓約のうえ申請（請求）します。

記

- 1 誓 約
- ・事業を営むにあたり、法令の規定を遵守しています。
 - ・武蔵野市暴力団排除条例第 2 条第 1 号に規定する暴力団の利益になる営業を営む者ではありません。
 - ・偽りその他不正の手段により交付を受けたことが判明した場合は、補助金の返還等に応じます。
- 以上のことについて、相違ありません。

2 申請（請求）内容

交付申請額 及び請求額	円 ※交付申請額及び請求額と交付の決定により確定した額が異なる場合は、 当該確定した額をもって請求額とします。		
事業所の名称		事業所番号	
サービス種別			
事業所の所在地	武蔵野市		

■ ケアプランデータ連携システムの導入状況

導入年月日	年 月 日	ライセンス料の支払日	年 月 日
-------	-------	------------	-------

■ 本申請を行う年度における他補助金等の受給状況（予定を含む。）
※複数の他補助金等を受けている場合は、余白に記載

他補助金等の有無	有 ・ 無	他補助金等の金額	円
他補助金等の名称			

3 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫		本店・支店 支所・出張所					
預金種目	普通・当座	口座番号						
(フリガナ)								
口座名義								

※ゆうちょ銀行の場合は記号番号を記入せず、支店名及び口座番号をご記入ください。

押印を省略する場合は以下を記入してください。
※申請者と口座名義人が異なる場合は押印を省略できません。

請求書発行責任者 役職及び氏名		請求書提出者 所属及び氏名		電話番号	
--------------------	--	------------------	--	------	--