

年 月 日

小郡市長 あて

申請・請求者 住所

電話

氏名 印

(生年月日 年 月 日)

小郡市障害福祉事業所等就労継続支援金交付申請書兼請求書

小郡市障害福祉事業所等就労継続支援金の交付を受けたいので、小郡市障害福祉事業所等就労継続支援金交付要綱第 4 条の規定に基づき、下記の 3.（1）～（4）に同意のうえ申請します。

記

1. 申請及び請求内容

(1) 支援金の種別	小郡市障害福祉事業所等就労継続支援金
(2) 申請及び請求額	50,000円
(3) 勤務する事業所等名	
(4) 勤務形態	正規職員・臨時職員・その他（ ）
(5) 勤務開始年月日	年 月 日
(6) 添付書類	1. 障害福祉事業所等就労証明書（様式 2 号） 2. 誓約書（様式 3 号） 3. その他市長が必要と認める書類（ ）

2. 振込先の金融機関口座

払 込 口 座	銀行・信金 農協・信組						金融機関番号				
	本店 支店						店番号				
	種別	普通・当座・貯蓄					名	フリガナ			
	No.						義 人				

3. 同意事項

(1) 本支援金の支給要件の該当性等を審査するため、市が必要な税情報等の公簿等の確認を行うことや必要な資料を他の行政機関等に求めることに同意します。
(2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
(3) この申請書は、市が支給決定をした後は本支援金の請求書として取り扱います。
(4) 市が支給決定をした後、申請書の不備による振り込み不能等の事由により支払いが完了せず、かつ、市が定める期限までに申請・請求者に連絡・確認できない場合には、市は当該申請が取り下げられたものとみなします。