

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

小郡市長 あて

申請者	代表者	事業所所在地	小郡市
		事業所名	
		職・氏名	
		生年月日	年 月 日
		電話番号	

小郡市障害福祉事業所等特別支援金交付申請書

小郡市障害福祉事業所等特別支援金の交付を受けたいので、小郡市障害福祉事業所等特別支援金交付要綱第4条の規定に基づき、下記3に同意のうえ申請します。

記

1. 支援金の名称

小郡市障害福祉事業所等特別支援金

2. 交付申請額

円

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) 市が支給決定をした後、申請書の不備による振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。