様式第１号（第７条関係）

苫小牧市ケアプランデータ連携システム導入支援事業補助金

交付申請書兼請求書

　　　令和　　年　　月　　日

苫小牧市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 所在地  又は住所 |  |
| 代表者氏名 |  |

　　苫小牧市ケアプランデータ連携システム導入支援事業補助金の交付を受けたいので、苫小牧市ケアプランデータ連携システム導入支援事業補助金交付要綱第７条に基づき、下記のとおり申請（請求）します。

記

１　申請及び請求の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 対象事業所番号 |  | | |
| ２ | 対象事業所名 |  | | |
| ３ | ライセンス有効期間（※） | 令和　　年　　月　　日 | | から |
| 令和　　年　　月　　日 | | まで |
| ４ | ３について支出したライセンス料 | ２１，０００ | 円 | |
| ５ | １～４が確認できる資料 | 別添のとおり | | |
| ６ | 補助金交付申請額 及び 請求額 | ２１，０００ | 円 | |

　※その一部に令和７年度の期間が含まれており、かつ国が実施するフリーパスキャンペーンの対象外としてライセンス料を要したものであること。

２　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 本支店名 |  |
| 口座種別 | 当座　・　普通 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  | | |
| 口座名義人 |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発行責任者 | 氏名 |  | 連絡先 |  |
| 発行担当者 | 氏名 |  | 連絡先 |  |

※　発行責任者とは、代表取締役又は支店長や営業所長など、請求書を発行するにあたり責任を有する方とします。

※　担当者とは、請求書の発行に関する事務を担当する方とします。

※　発行責任者と担当者が同じ場合は、担当者欄を同上と記載してください。

※　提出後、訂正箇所が生じた場合は、差替えで対応してください。

※　電子メールで提出する場合は、ＰＤＦ形式で送信してください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜注意事項＞

１　複数のライセンスについて申請するときは、申請書を別にしてください。

２　次に掲げるときは、交付決定の全部又は一部を取り消し、補助金の返還を求めることがあります。

⑴　偽りその他不正な行為により補助金の交付を受けたとき。

⑵　当該ライセンスの有効期間が満了する日までの間に、対象事業所が休止又は廃止になったとき。

⑶　その他補助金を交付することが不適当と認められる事実があったとき。

３　内容の審査に当たり、提出書類以外にも書類の提出をお願いする場合があります。