

様式第1号（第4条関係）

ケアプランデータ連携システム導入促進補助金の交付申請書

令和〇年〇月〇日

磐田市長

代表者の氏名が署名または記名押印となっているか。
※事業所名ではなく法人名を記入してください。

住所又は所在地 磐田市国府台〇〇番地

名称 株式会社〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 磐田 太郎

電話番号 090-1234-5678

印

磐田市ケアプランデータ連携システム導入促進補助金について、下記のとおり交付を申請します。

記

1 申請内容

介護サービス事業所名	磐田居宅介護支援事業所
事業所番号	1234567890
所在地	磐田市国府台〇〇番地
介護サービス種別	居宅介護支援
システム利用開始日	令和7年〇月〇日
交付申請額	10,000 円

一つの事業所番号で複数の介護サービス事業所がある場合、代表の介護サービス事業所名、所在地及び介護サービス種別を記入してください。

添付書類：ケアプランデータ連携システムの利用が確認できる書類、振込先口座が確認できる書類のコピー

2 振込先口座

金融機関名	〇〇 銀行 信用金庫 農業協同組合	△△ 本店 支店							
口座種別	普通・当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	カ) 〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク イワタ タロウ								
口座名義人	株式会社〇〇 代表取締役 磐田 太郎								