



4割除
7割加

令和6年2月9日

函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給申請書

函館市長 大 泉 潤 様

函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金の支給を受けたいので、
函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給要綱第5条第1項の規定
により、以下のとおり申請します。

1 申請者

041 0808

住 所 (個人事業者は自宅住所)	〒040-0045 函館市住吉町2-13 栲楳1丁目14番1号	
法 人 名 代表者職・氏名 (個人事業者は氏名)	医療法人社団 向仁会 理事長 阿部智哉	
生年月日 (個人事業者のみ)	T・S・H 年 月 日	
連 絡 先 ※日中に連絡の取れる電話番号	連絡先 電話番号	[Redacted]
	担当者 (所属・氏名)	[Redacted]

※ 誓約書を添付してください。

2 支給対象施設

施設名	住宅型有料老人ホーム 泰
種 別 (該当する種別に○)	有料老人ホーム・ サービス付き高齢者向け住宅 生活支援ハウス
定 員	175 名 (令和5年10月1日現在)

※ 対象施設が複数ある場合は、名称・種別・定員等の一覧を別途添付してください。

3 支給申請額

金	1,120,000 円	(1人あたり6,400円×定員)
---	-------------	------------------

4 振込先

銀行名	[Redacted]
店 名	[Redacted]
口座種別	[Redacted]
口座番号(7ケタ)	[Redacted]
フリガナ	[Redacted]
口座名義	[Redacted]

※ ゆうちょ銀行の場合は「記号番号」を記入せず、「店名」「口座番号」をそれぞれの欄に記入してください

※ 申請者名義の口座を記載してください。

※ 振込先を確認できる口座通帳等の写しを添付してください。

別記第2号様式(第6条関係)

函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金
支給決定通知書

令和6年(2024年)2月16日

医療法人社団向仁会
理事長 阿部 智哉 様

函館市長 大 泉 潤

令和6年2月9日付で申請のあった上記給付金について、内容審査の結果、次のとおり決定したので、函館市社会福祉施設等食材料費支援事業給付金支給要綱第6条の規定により、通知します。

記

1 支給・不支給の別
支給

2 支給額

1, 120, 000円

3 附帯事項(不支給の場合はその理由)
住宅型有料老人ホーム泰分