



令和 6年 1月 31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

住所	〒 532-0011 大阪府大阪市淀川区西中島5丁目14-5 ニッセイ新大阪南口ビル 6階	
法人名 代表者取 氏名	法人名：株式会社 Medical Management Consulting 代表者：代表取締役 安井 浩倫	
生 年 月 日 (個人事業主のみ)	T・S・H 年 月 日	
通 信 先 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 やまつつじ花通
種 別 (該当する種別を○)	○ 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	41 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	262,400 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桁)	[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13日

株式会社 Medical Management Consulting  
代表取締役 安井 浩倫 様

函館市長 大 泉 潤

令和6年1月31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  
262,400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やまつつじ花通分