



令和 6 年 2 月 27 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 <small>(個人事業者は自宅住所)</small>	〒041-0806 函館市美原2丁目50番2号 -	
法 人 名 代表者職・氏名 <small>(個人事業者は氏名)</small>	株式会社メディカルシャトー函館 代表取締役 佐藤 文彦 -	
生年月日 <small>(個人事業者のみ)</small>	T・S・H 年 月 日	
連 絡 先 <small>※日中に連絡の取れる電話番号</small>	連絡先 電話番号	[Redacted]
	担当者 <small>(所属・氏名)</small>	[Redacted]

※ 誓約書を添付してください。

2 支給対象施設

施設名	有料老人ホーム白ゆり美原 -
種 別 <small>(該当する種別に○)</small>	○ 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	82 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	524,800 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]
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)3月5日

株式会社メディカルシャトー函館  
代表取締役 佐藤 文彦 様

函館市長 大 泉 満

令和6年2月27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

524,800円

3 附帯事項 (不支給の場合はその理由)  
有料老人ホーム 白ゆり美原分