



4字削除
4字記入

令和 6 年 / 1 月 25 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 (個人事業者は自宅住所)	〒 042-0932 北海道函館市温川町2丁目2-5	
法人名 代表者職・氏名 (個人事業者は氏名)	(有)大山 代表取締役 大山恭典	
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	別途添付
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	86 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 550,400 / 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]
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。

名称	種別	定員数
有料老人ホームシルバーハウス 北の宿	有料老人ホーム	28名
有料老人ホームシルバーハウス 北の宿2号館	有料老人ホーム	6名
有料老人ホームもえ	有料老人ホーム	26名
有料老人ホームもえ2号館	有料老人ホーム	9名
有料老人ホームもえ3号館	有料老人ホーム	10名
有料老人ホーム湯川荘	有料老人ホーム	7名

合計 86名

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2日

有限会社大山
代表取締役 大山 恭史 様

函館市長 大 泉 潤

令和6年1月25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

550,400 円

3 附帯事項 (不支給の場合はその理由)
もえ本館ほか5施設分