



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

1-9

令和7年2月18日

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 代表取締役社長 佐藤 文彦
生 年 月 日 <small>(個人事業者のみ)</small>	昭和・平成・ 年 月 日

※ 誓約書兼振込口座申出書を添付してください。

2 支給対象施設

No.	種 別 (該当する種別に■)	施設名	定員※
1	■有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス	住宅型有料老人ホーム白ゆり美原	82
2	□有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス		
3	□有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス		
4	□有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス		
5	□有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス		
6	□有料老人ホーム・□サ高住・ □生活支援ハウス		
合計定員			82

※ 令和7年1月1日時点の定員数をご記入ください（入居者数ではありません）。

※ 食事を提供していない施設は支給対象になりません。

3 支給申請額

金	443,292 円	(金 5,406 円 × 合計定員)
---	-----------	--------------------

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~~(不支給)~~決定通知書

令和7年2月25日

株式会社メディカルシャトー函館  
代表取締役社長 佐藤 文彦 様

函館市長 大 泉 清

令和7年2月18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

443,292 円

3 支給対象施設  
・住宅型有料老人ホーム白ゆり美原

4 附帯事項(不支給の場合はその理由)