

様式第1号 (第4条関係)

受付番号	
------	--

令和 年 月 日

ケアプランデータ連携システム活用促進補助金に係る支給申請書

小田原市長 様

申請法人住所
申請法人名
代表者役職名・氏名

ケアプランデータ連携システム活用促進補助金支給要綱第5条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、その支給を受けるに当たっては、ケアプランデータ連携システム活用促進補助金支給要綱を遵守します。

申請額合計	0
-------	---

(事業所別申請額一覧)

NO.	事業所番号	事業所名	事業所種別	事業所所在地	当該事業所に係る 支給申請額	支給決定額 (市記入欄)
1						
2						
3						
計						

※4件以上該当事業所がある場合は、「申請書（続き）」シートに記入すること。

＜添付書類＞☐ケアプランデータ連携システムライセンス料を支払ったことが確認できる書類（「ケアプランデータ連携システムライセンス料」の記載がある介護給付費等支払決定額通知書の写し等）
☐補助金受取に関する委任状（受取口座名義が社名や代表者のものと異なる場合のみ）

(事業所別申請額一覧・続き)

受付番号	0
------	---

N0.	事業所番号	事業所名	事業所種別	事業所所在地	当該事業所に係る 支給申請額	支給決定額 (市記入欄)
4						0
5						0
6						0
7						0
8						0
9						0
10						0
11						0
12						0
13						0
14						0
15						0
16						0
17						0
18						0
19						0
20						0
21						0
22						0
23						0
24						0
25						0
26						0