様式第１号（第５条関係）

令和６年１１月１日

川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金交付申請書兼請求書

　川西市長あて

所在地　　〒６６６―８５０１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　兵庫県川西市中央町１２－１

申請者

（法人名）

　　　　　　　　　　　　　　　　名称　 株式会社川西市介護サービス

代表者　　代表取締役　川西太郎

　川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金交付要綱５条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書  （法人） | フリガナ | | | ｶ）ｶﾜﾆｼｶｲｺﾞｻｰﾋﾞｽ | | | | | | |
| 名称 | | | 株式会社川西介護サービス | | | | | | |
| 主たる事務所の所在地 | | | 〒６６６―0017  兵庫県川西市火打１－４－１ | | | | | | |
| 代表者 | | | 職名 | | 代表取締役 | | | 氏名 | 川西太郎 |
| 担当者 | | | 氏名 | | 川西二郎 | | | 電話番号 | 072-740-1149 |
| 対象事業所 | 事業所番号 | | | 2899999999 | | | | | | |
| 事業所名 | | | 川西介護ケアプランセンター | | | | | | |
| 交付申請額 | ２ | １ | ０ | ０ | ０ | | 円 |  | | |
| 添付書類 | ■システムのライセンス料を支払ったことが分かる書類の写し  ■システムを活用してケアプランデータの連携を行ったことが分かる書類の写し | | | | | | | | | |

川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受取口座 | 金融機関名 | 銀 　行  川　西  信用金庫  （　　　　 ） | | | | | | | | 本・支店  中　央  本・支所  出張所 |
| 店番号 | ９９９ | | | | 口座種別 | | | | 普通　・　当座　・　貯蓄 |
| 口座番号  （右詰めで記入） | ９ | 9 | ９ | ９ | ９ | ９ | ９ | ９ |  |
| フリガナ | ｶ)ｶﾜﾆｼｶｲｺﾞｻｰﾋﾞｽ | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 株式会社川西介護サービス | | | | | | | | |

（市記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付要件 | □該当　　　　□非該当 | 審　査 | □交付決定　　　□却下 |

**※添付書類の見本は、「川西市ケアプランデータ連携システム利用料助成金に関するQ＆A」を参照してください**