（第１号様式）

松戸市ケアプランデータ連携システムライセンス料補助金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

松戸市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本件責任者）

松戸市ケアプランデータ連携システムライセンス料補助金交付要綱第５条の規定に基づき、関係書類を添えて下記の通り補助金の交付を申請します。

記

１　交付申請額　　金　　21,000円

　　申請者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号（一つのみ記入） |  |
| 事業所名称（複数ある場合は列挙） |  |
| サービス種別（複数ある場合は列挙） |  |
| 本件担当者 |  |
| 電話番号／メールアドレス |  |

２　補助対象要件の確認（右欄に☑（オンライン申請の場合は「はい」）を記入すること）

|  |  |
| --- | --- |
| （1）松戸市内において、別表１に掲げるサービスを提供する介護施設等である |  |
| （2）申請を行う日の属する年度に、介護サービスの提供に係る給付実績があり申請日以降も継続する予定である |  |
| （3）この補助金の交付対象となる経費について、重複して他の制度による補助金の交付を受けていない、又は受けようとしていない |  |
| （4）市長に対し介護施設等を運営する法人の市民税及び事業所税に係る申告（当該申告の義務を有する者に限る。）を行い、かつ、本市の市税を滞納していない |  |
| （5）代表者、役員その他の当該団体に実質的に関与している者が松戸市暴力団排除条例（平成２４年松戸市条例第２号）第２条第３号に規定する暴力団員等でない |  |

３　振込先口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名称／支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　　当座　（当てはまるものに○） |
| 口座番号 |  |
|  |  |

※申請者と口座名義が異なる場合は、委任状を添付し、「代表者職・氏名」欄に押印の上、郵送にて提出すること。

４　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申し込みまたは支払ったことが確認できる書類（システムの申し込み５分後から、「介護電子請求受付システム」にアクセスし取得できる「請求書」等）

　〇ケアプランデータ連携による活用促進モデル地域づくり事業業務改善計画様式