

様式第1号（第6関係）

年 月 日

（申請先）茨木市長

運営法人と事業所名を記載してください。

所在地 茨木市 ○○○○
事業所名 社会福祉法人○○／有限会社○○
○○ケアプランセンター
代表者名 ○○ ○○

事業所の代表者（施設長、管理者など）
の方の氏名を記載してください。

茨木市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金交付申請書

茨木市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金の交付を次のとおり申請
します。

実施予定の事業のみ記載してください。

1 補助対象事業

- ・ 周辺機器の整備事業
- ・ ケアプランデータ連携システムの新規導入を促進し、データ連携を行う事業

2 交付申請額 金 円

3 添付書類

- (1) 見積書
- (2) ケアプランデータ連携システムを使用し、データ連携を行う予定の事業所一覧

（報告先） 茨木市長

所在地 茨木市 ○○○○
事業所名 社会福祉法人○○／有限会社○○
○○ケアプランセンター
代表者名 ○○ ○○

茨木市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金実績報告書

年 月 日付け茨木市指令 第 号で交付決定通知を受けた事業が完了したので、次のとおり報告します。

実施済の事業のみ記載してください。

- 1 補助対象事業

周辺機器の整備事業／ケアプランデータ連携システムの新規導入を促進し、データ連携を行う事業
- 2 補助金交付決定額

金 円
- 3 補助金精算額

金 円
- 4 補助事業の成果

USBフラッシュメモリの購入／○事業所とのデータ連携
- 5 添付書類

(1) 領収書

(2) ケアプランデータ連携システムを使用し、データ連携を行ったことが分かる書類又は写真及びデータ連携を行った事業所一覧

実施済の事業のみ記載してください。

様式第 7 号（第11関係）

年 月 日

（請求先） 茨木市長

事業所印を押印してください。

所在地 茨木市 ○○○○
事業所名 社会福祉法人○○／有限会社○
○○ケアプランセンター
代表者名 ○○ ○○ 印

茨木市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金交付請求書

年 月 日付け茨木市指令 第 号で確定通知のあった事業補助金を次のとおり請求します。

1 補助対象事業

2 金 額

茨木市支払金口座振替依頼書

年 月 日

(届出先)茨木市会計管理者

様式第7号(第10関係)交付請求書と同じ
事業所印を押印してください。

$$\frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \phi}{\partial t} \right) = \frac{\partial}{\partial t} \left(\frac{\partial \phi}{\partial t} \right)$$

使用印鑑 ※

住所・所在地

会社印

代表者印

社名(商号)
・団体名

肩書き(役職名) /
代表者名

電話番号

連絡担当者 ※

様式第7号(第10関係)交付請求書の事業所名、代表者氏名と合わせてください。

(※)・会社印等は、請求書に押印するものと同じ印をお願いします。
・連絡担当者は、この書類に関する問い合わせをさせていただく場合に使用します。

茨木市からの支払いについては、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名	銀行・農協・信金・信組 ・その他()					銀行コード				
支店名	支店・支所					支店コード				
預金種別	普通 ・ 当座	←どちらかに○ をしてください	口座番号							(7桁・右詰)
振込口座 名義	フリガナ									
	漢字									

茨木市(担当課)処理欄

担当課 及び 担当者	相手方 番号						
---------------	-----------	--	--	--	--	--	--

【依頼内容の記入】

①本相手方は既に口座の登録がありますか。

②既存の登録口座情報を本内容に変更しますか。

③登録を変更する現登録口座の口座番号(下3桁)をご記入ください。

☐ はい（②の質問へ）
☐ いいえ

☐ はい（③の質問へ）
☐ いいえ（口座情報は変わりません）
☐ いいえ（口座を追加します）

X	X	X	X			
---	---	---	---	--	--	--