

記載例

課名	障がい福祉課					
※ 太線の中にご記入ください。						
金額			十億	百万	千	円
				¥	2	50000
右記の約定事項を承知し、申請しますので代金を支払願います。 高知市長 様 住所 高知市本町5丁目1-45 氏名 株式会社高知市役所 代表取締役 坂本 花子 代表者印 <small>※ 債権者登録している口座へ支払う場合は、押印の省略ができます</small>						
履行(納入)場所	障がい福祉課					

約定事項
 1 納期限を超過した場合は、過期1日につき表記目録金額の千分の一を滞り金として請求すること。
 2 高知市の関係規則等の規定は、もちろん遵守すること。
 3 別に定めのあるものを除き、申請書類を受理した日から、申請書については40日、そのほかについては30日以内に支払うこと。

別紙一覧の合計額
申請日
 令和7年2月25日
法人代表者名とし、下記債権者登録番号で支払う場合は代表者印の押印は省略できます

支払方法 (□にレ点を入れてください)	<input type="checkbox"/> 債権者登録番号払 (□ 工事前金払)	債権者登録番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	<input type="checkbox"/> 口座払 <small>※ 債権者登録番号を記入いただいた場合、振込先の記入は不要です。</small>	振込先	銀行・信金 農協 信組・労金		支店 支所 出張所							
	<input type="checkbox"/> その他 納付書払 ・ 窓口払 ・ ()	種目	・普通預金 ・当座預金	口座番号								
	書	口座名義										

いずれかにレでチェックし、必要事項を記載

申請者以外の口座名義の場合は委任状が必要になります。

内訳

品名	金額
令和6年度 高知市障害者支援施設等物価高騰緊急対策給付金給付事業	別紙 高知市障害者支援施設等物価高騰緊急対策給付金給付事業申請事業所一覧のとおり

誓約事項及び同意事項 (内容を確認の上、□にチェックを入れてください。)

誓約事項	<input type="checkbox"/> 申請の内容に偽りが無いこと。
	<input type="checkbox"/> 申請を行う事業所等について、「高知市医療施設等物価高騰緊急対策給付金」の申請を行っていないこと。
	<input type="checkbox"/> 高知市事業者等からの暴力団の排除に関する規則(平成23年規則第28号)第4条各号に掲げる者に該当しないこと。
	<input type="checkbox"/> 市税を滞納していないこと。
同意事項	<input type="checkbox"/> 受給資格の確認に当たり、市が申請の内容等について公簿等により確認を行うこと。
	<input type="checkbox"/> 給付事業の適正な執行を確保するために必要な限度において、市が、受給者に対し、書類の提出若しくは報告を求め、又は必要な調査をすることがあること。

障がい福祉課使用欄

担当	係長	室長	補佐	課長	給付決定 可 ・ 否