

記入例

令和 5年 3月 1日

大田市長 様

(申請者) 郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇  
住 所 大田市〇〇町〇〇番地  
氏 名 社会福祉法人〇〇  
理事長 〇〇 〇〇

法人の場合は法人の名称・代表者の役職・氏名  
個人事業主の場合は施設の名称・代表者の役職・氏名

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい福祉施設等分)支給申請書

医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい福祉施設等分)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 500,000円

2 申請内訳 別紙のとおり

3 振込口座

金融機関・支店名	〇〇〇	銀行 金庫 組合	〇〇	本店 支店 出張所
預貯金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他( )			
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	※ 口座番号は右詰めで記入してください		
フリガナ	シャカイフクシハウジンマルマル リジチョウ マルマル マルマル			
口座名義	社会福祉法人〇〇 理事長 〇〇 〇〇			

4 担当者情報

担当者職・氏名	〇〇〇 〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇〇〇@〇〇〇〇

- 添付書類: ①宣誓書(支給申請書・別紙)  
②振込口座の通帳オモテ面、1・2ページ目の両方の写し  
※紙媒体の通帳が無い場合は、口座番号等の口座情報がわかるものの写し

事業所番号	施設・事業所名	施設・サービス種別		支給単価	施設数 (棟数)	申請額(円)
1000000000	障がい者支援施設〇〇	施設入所支援	うち30人未満	200,000	1	200,000
			うち30人以上50人未満	300,000		
			うち50人以上100人未満	450,000		
			うち100人以上	600,000		
		障がい児福祉施設等 (福祉型)	うち30人未満	200,000		
			うち30人以上50人未満	300,000		
		障がい児入所施設等 (医療型)	うち50人以上100人未満	450,000		
			うち100人以上	600,000		
		居宅介護		50,000		
		重度訪問介護				
		同行援護				
		行動援護				
		保育所等訪問支援				
		居宅訪問型児童発達支援				
2000000000	障がい者支援事業所〇〇	生活介護				1
		自立訓練(生活訓練)				
		自立訓練(機能訓練)				
		就労移行支援				
		就労継続支援A型				
3000000000	就労継続支援事業所〇〇	就労継続支援B型			1	50,000
		就労定着支援				
		放課後等デイサービス				
		児童発達支援				
		医療型児童発達支援				
		短期入所(医療型)				
		短期入所(福祉型)				
		療養介護				
		自立生活援助				
4000000000	グループホーム〇〇	共同生活援助(GH)		100,000	2	200,000
		計画相談支援		50,000		
		障がい児相談支援				
		地域移行支援				
		地域定着支援				
合 計						500,000

※1 施設入所支援に併用するサービス(生活介護、就労継続支援B型等)は施設入所支援の定員数に含めた単価を設定して  
いますので、サービス毎の申請はできません。

※2 共同生活援助(GH)は棟数を入力すること。