

大田市長 様

(申請者) 郵便番号  
住 所  
氏 名

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 円

2 申請内訳 別紙のとおり

3 振込口座

金融機関・支店名		銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預貯金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他( )			
口座番号				※ 口座番号は右詰めで記入してください
フリガナ				
口座名義				

4 担当者情報

担当者職・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

- 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

別記様式(第4条関係)別紙(障がい福祉施設等用)

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)
		施設入所支援	うち30人未満	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			
		生活介護			
		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			
		就労継続支援B型			
		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			
		共同生活援助(GH)	100,000		
		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					

※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。

(支給申請書・別紙)

## 宣誓書

私は、医療・介護・保育施設等物価高騰対策応援金（以下、「応援金」という。）の支給の申請に当たり、下記の内容について、宣誓します。

宣誓した内容と事実が相違することが判明した場合には、応援金の支給を受けられないことになっても異議はございません。また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

### 記

- (1) 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）支給要綱（以下「要綱」という。）第2条の支給の対象事業者の要件を満たしています。
- (2) 応援金の支給申請書及び添付書類の内容に虚偽はありません。
- (3) 要綱第6条の不支給要件に該当しません。
- (4) 市長が市税等の納付状況の確認を行うことについて同意します。
- (5) 不正受給その他の不正な行為があると認めるときは、要綱第13条の規定により、氏名・名称などの情報が公表されることに同意します。
- (6) 応援金の支給を受けた後、市長が虚偽や不正の申請であると認定した場合は応援金の返還や必要な加算金の支払に応じます。
- (7) その他、要綱の規定には従います。

以上

大田市長 様

令和 年 月 日

名称(法人名等)

代表者役職及び氏名

※法人の場合は代表者名の記名押印をお願いします。個人の場合は自署により押印を省略することができます。