

... この色は直接記入していただく場所です。

... この色はプルダウンから選択していただく場所です。

申請する日を記入してください。

令和 **7** 年 **1** 月 **30** 日

福岡県知事 殿

「法人」の住所を記入してください。

- 「丁目」がある場合は次のとおり記入してください。
例：福岡市中央区1丁目2-1
- 建物名・階数がある場合は、建物名の前に空白を入れてください。

法人住所 (通知書送付先)	〒 811-8577 福岡県福岡市博多区吉成町7-2 福岡県庁		
法人名	社会福祉法人 ○○会		
代表者の職・氏名	職名	理事	
申請に関する担当者	職名	事務	
連絡先	電話番号	092-643-3321	E-mail
			kaigo@pref.fukuoka.lg.jp

代表者の方のご署名、または、代表者印(丸印)の押印をお願いします。



連絡する場合がありますので、連絡のつく電話番号、メールアドレスを記入してください。

2 申請内容 (内訳は様式第3号-2のとおり)

区分	電気	定員等数	単価	申請金額
入所系	高压	100 人	23,600 円	2,360,000 円
	低压	70 人	24,600 円	1,722,000 円
通所系	高压	30 人	8,700 円	261,000 円
	低压	人	8,300 円	円
訪問系	-	1 か所	14,200 円	14,200 円

定員等数と申請金額は次のシート (3-2(介護)申請内容内訳書) を記入すると自動で入力されます。

3 振込口座情報

金融機関名	① 福岡県銀行	支店名	② 福岡県支店	預金種別	③ 普通(総合)
金融機関コード	④ 0000	支店コード	⑤ 123	口座番号 (右詰め)	⑥ 0123456
口座名義人 (カタカナ)	⑦ フク○市○区○町○番○号○				

濁点「・」、半濁点「゜」も1文字として記入してください。

貼り付け台紙の参考をご覧ください

- ※預金種別については、該当するものを選択してください。
- ※口座名義人(カタカナ)は通帳の記載と一致するように記入してください。
- ※振込口座の金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人カタカナが全て確認できる通帳等の写しも提出してください。
- ※個人名義の口座ではなく、法人もしくは事業所名義の口座を記入してください。

4 確認事項

以下の確認事項に該当する場合は、下記の□にチェックを入れてください。

(確認事項)	
次の各事項のいずれも該当するものでなければ、支援金を給付しない。	
<input type="checkbox"/>	①給付対象者の要件を満たしていること。
<input type="checkbox"/>	②給付のために提出した書類に虚偽がないこと。
<input type="checkbox"/>	③支援金を重複して申請しないこと。
<input type="checkbox"/>	必ず確認事項をご覧ください。申請には同意が必要ですので、全てに✓してください。
<input type="checkbox"/>	指定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたって員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有して当しないこと。
<input type="checkbox"/>	返済に応じるとともに、支援金と同額の違約金の支払いに応じることと同意すること。
<input type="checkbox"/>	⑥個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。

5 提出書類 (下の□にチェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>	(1) 本申請書
<input type="checkbox"/>	(2) 申請書 (申請書・施設等)
<input type="checkbox"/>	(3) 振込口座の通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	(4) 電気料金請求書等の写し(訪問系を除く)

提出書類が揃っているか必ず確認してください。

法人名								
整理番号	事業所番号	事業所名	事業所所在市町村	サービス種別 (記入例を参考に種別を記入してください)	定員 (事業所) 数	電気	単価	申請金額
1	4000000000	介護老人保健施設福岡県会	田川市	介護老人福祉施設	50 人	高圧	23,600円	1,180,000円
2	4000000001	福岡県会ショートステイ	田川市	短期入所生活介護(空床利用型を除く)	20 人	低圧	24,600円	492,000円
3	4000000002	福岡県会デイサービスセンター	田川市	通所介護	30 人	高圧	8,700円	261,000円
4	4000000003	福岡県会ヘルパーステーション	田川市	訪問介護	1 か所	-	14,200円	14,200円
5		住宅型有料老人ホーム福岡県会	新宮町	有料老人ホーム	50 人	高圧	23,600円	1,180,000円
6		養護老人ホーム福岡県会	福智町	養護老人ホーム	50 人	低圧	24,600円	1,230,000円
7								
8								
9								
10								
11								
12				介護老人福祉施設				
13				介護老人保健施設				
14				介護医療院				
15				有料老人ホーム				
16				サービス付き高齢者向け住宅				
17				軽費老人ホーム				
18				養護老人ホーム				
19				短期入所療養介護(空床利用型を除く)				
20				短期入所生活介護(空床利用型を除く)				
21				通所介護				
22				通所リハビリテーション				
23				訪問介護				
24				訪問入浴介護				
25				訪問看護				

※各介護予防サービスを含みますが、介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている場合は、1つの事業所・施設として取扱います。
 ※短期入所療養介護・短期入所生活介護は空床利用型を除きます。
 ※1つの事業所番号で複数の介護事業を実施している場合は、入所系、通所系、訪問系それぞれの事業について申請可能です。ただし、県に届出等を行っている事業所等に限りです。
 ※併せて障がい福祉サービスの指定等を受ける事業所等は、介護(この申請書)での申請をお願いします。重複しての申請はできません。
 ※北九州市、福岡市、久留米市に所在する事業所等、地域密着型サービス事業所等は対象外となります。
 ※25以上の事業所を申請される場合は、別申請として作成をお願いします。

【契約形態について】

- ※ 低圧電力とは契約電力が50KW未満、又は供給電圧が200V以下の電力のことを指します。
- ※ 高圧電力とは契約電力が50kW以上、又は供給電圧が6,000V以上の電力のことを指します。
- ※ 入所系及び通所系の事業所等で電気区分が確認できない場合は、単価の低い方で支援を行います。

事業所番号のある事業所は10桁の番号を入力してください。事業所番号のない事業所は空欄のままお願いします。

事業所等がある「市町村名」をプルダウンから選択してください。

事業所等の種別をプルダウンから選択してください。

入所系・通所系は令和7年1月1日時点の定員を、訪問系は「1」を入力してください。

サービス種別をプルダウンから選ぶと自動的に表示されます。

入所系

通所系

訪問系

振込口座の通帳の写し 貼付台紙

法人名	社会福祉法人 ○○会
-----	------------

※適宜コピーして使用してください。

<貼付け通帳の記載例①>
(①~⑦は申請書の振込口座情報の欄と対応しています)

枠、口座名

総合口座通帳 ご契約内容

CMF番号 ↓口座名義人(申請書にはこのまま記入願います。)

フク)フクオカケンカイ 様

普通預金口座番号	定期預金口座番号	税区分	通帳限度額	変更日付
123456			千円	千円

スウィングサービスの
ご指定内容

日付	振替日	振替基準額	振替単位	振替限度額
	日	千円	千円	千円

(ご変更欄)

印紙税申告納付につき福岡税務署承認済 (通帳作成地)

発行日 **123** 発行店番 **福岡県** **福岡県**

銀行コード **0000**

さい。

<貼付け通帳の記載例②>
(①~⑦は申請書の振込口座情報の欄と対応しています)

記号 番号

おなまえ **フク)フクオカケンカイ** 様

↑口座名義人(申請書にはこのまま記入願います。)

株式会社 **福岡県** 銀行 (金融機関コード) **0000**

通帳とお届け印とは、別々に保管してください。

カード紛失センター

振替口座(送金機能) 通常貯金ご利用の上限額 取個

キャッシングサービス 代理人カード デビットサービス

定額定期自動貸付け 同償等自動貸付け

銀行使用欄

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください

【店名】 **福岡県** **フクオカケ** (読み)

【店番】 **123** 金種目 **普通預金** 座番号 **123456**

