

... 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。

書（令和7年度より実施）
等、申請する日を記入してください。

福岡県知事 殿

「法人」の住所を記入してください。

下記の通り記入してください。

- 「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

法人住所 (通知書送付先)	〒811-8577	福岡県福岡市博多区東公園7-7	福岡県庁2F	
法人名	社会福祉法人 福岡県会			
事業所名	福岡事業所			
事業所番号	0000000000	事業所所在市町村	大牟田市	
代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	福岡 太郎
申請に関する担当者	職名	事務	氏名	福岡 二郎
連絡先	電話番号	092-643-3312	E-mail	shiteishidou@pref.fukuoka.lg.jp

※事業所（事業所）に作成してください。

2 申請
区分
入所系

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

通所系①	人	0 円	0 円
通所系②	人	0 円	0 円
訪問系、 補装具事業者		12,600 円	0 円

次のシート（様式第2号-2（障がい）内訳書）を記入すると自動で入力されます。

プルダウンから種別を選択してください。

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 01234567
口座名義人（カタカナ）	⑦ フク）フクオカケンカイ				

※預金種別については、該当するもの
※口座名義人（カタカナ）は通帳の記
※振込口座の金融機関、支店名、預金種別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。

濁点「・」、半濁点「゜」も1文字として記入してください。

4 確認事項
以下の確認事項に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、「✓」をプルダウンで選択してください。

<input type="checkbox"/>	①和付対
<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"/>	④福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有しておらず、かつ将来にわたっても該当しないこと。
<input type="checkbox"/>	⑤虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じるとともに、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（下記の□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) 申請内容内訳書（障がい福祉サービス事業所等）
<input type="checkbox"/>	(3) 振込先の通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	(4) 電気料金請求書等の写し（訪問系サービス及び補装具事業者を除く）
<input type="checkbox"/>	(5) 役員名簿
<input type="checkbox"/>	(6) 補装具支給実績が分かる書類の写し（受取証又は納品書、領収書の控え等）（補装具事業者のみ）

様式第2号-2 (別紙2関係)

福岡県社会福祉施設等物価高騰対策支援金 申請内容内訳書 (令和7年度1月実施分)
(障がい福祉サービス事業所等)

令和 年 月 日

事業所名	福岡事業所		
事業所番号	0000000000	事業所所在市町村	大牟田市

＜申請内容内訳＞

※電気は**高圧**と**低圧**のいずれか一つを必ず選択してください。

区分	電気	金額
入所系		0 円/人
通所系① ※児発・放デイ事業所以外		0 円/人
通所系② ※児発・放デイ事業所		0 円/人
訪問系、補装具事業者		12,600 円/事業所

区分	サービス	定員数	申請金額
入所系	施設入所支援	人	0 円
	共同生活援助	人	0 円
	療養介護	人	0 円
	福祉型障がい児入所施設	人	0 円
	医療型障がい児入所施設	人	0 円
	短期入所 ※空床型を除く	人	0 円
	入所系 計	0 人	0 円
通所系①	生活介護	人	0 円
	自立訓練 (機能訓練)	人	0 円
	自立訓練 (生活訓練) ※宿泊型自立訓練を含む	人	0 円
	就労選択支援	人	0 円
	就労移行支援	人	0 円
	就労継続支援 A 型	人	0 円
	就労継続支援 B 型	人	0 円
	児童発達支援センター	人	0 円
	通所系① 計	0 人	0 円
通所系②	児童発達支援	人	0 円
	放課後等デイサービス	人	0 円
	通所系② 計	0 人	0 円
補装具事業者、訪問系	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、地域移行支援、地域定着支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、補装具	事業所	0 円
訪問系 計		0 事業所	0 円
交付申請額			0 円

※留意事項

- ・「入所系」と「通所系」を両方実施している事業所は、両方のサービスで申請することができます。

- ・複数のサービスにおいて定員を通じて定めている事業所は、いずれか一つのサービスでの申請とします。

（例）「児童発達支援と放課後等デイサービスで通じて10人」としている場合は、「児童発達支援10人」と入力してください。「児童発達支援10人かつ放課後等デイサービス10人」という申請はできません。

- ・児童発達支援(児童発達支援センターを含む)又は放課後等デイサービスを実施している事業所が、居宅訪問型児童発達支援又は保育所等訪問支援を実施している場合は、「通所系」又は「訪問系」いずれか一つの分類での申請とします。

- ・「訪問系」については、実施しているサービス(介護保険に係るサービスを含む)の数に関わらず、1事業所としての申請とします。同一事業所で介護保険に係るサービスを実施している場合は、介護で申請してください。

- ・「補装具事業者」については、令和7年4月1日から令和8年3月31日までに障害者総合支援法第76条第1項に基づく補装具を支給(販売、貸与及び修理)した実績がある事業所毎に申請するものとします。また同一事業所で複数の支給実績がある場合であっても、申請は1回のみとします。また同一事業所で複数の支給実績がある場合であっても、申請は1回のみとします。なお、「補装具事業者」に該当する事業者で、「訪問系」の介護(予防)サービスを同一事業所で実施している場合は、介護で申請してください。重複しての申請はできません。

- ・就労定着支援を実施している事業所は、生活介護、自立訓練、就労移行、就労継続支援A型、B型のいずれかのサービスでの申請とします。

- ・自立生活援助を実施している事業所は、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、宿泊型自立訓練、共同生活援助、施設入所支援、地域移行支援、地域定着支援のいずれかのサービスでの申請とします。

- ・共生型障がい福祉サービス等を実施している事業所は除きます。

共生型以外の場合で、介護サービスと併せて事業を行っている事業所は、障がい、介護それぞれで申請が可能です。

- ・その他、複数のサービスを行っている事業所で、重複して申請することが適当でないと思われるものは除きます。

- ・基準日時点で休止している事業所については、令和7年7月～令和7年9月、または令和8年1月～令和8年3月のいずれかの期間のうちに、サービスを提供していることが確認できる場合は電気代を、令和7年12月～令和8年5月の期間のうちに、サービスを提供していることが確認できる場合は食材費の支援を行います。

【電気の契約形態について】

※ 高圧電力とは契約電力が50kW以上、又は供給電圧が6,000V以上のことを指します。

※ 審査の際、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。

振込口座の通帳の写し 貼付台紙

事業所名	福岡事業所
------	-------

※適宜コピーして使用してください。

通帳写し 等 貼り付け台紙

枠からはみ出しても構いませんが、用紙からはみ出さないでください。

口座名

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

③ 総合口座通帳 ⑦ 総契約内容

↓ 口座名義人 (申請書にはこのまま記入願います。)

CMF番号

⑦ フクフクオカケンカ 様

⑥ 123456

① 福岡県銀行

② 福岡県支店

⑤ 123

④ 0000

① 福岡県銀行

② 福岡県支店

⑤ 123

④ 0000

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

おなまえ ⑦ フクフクオカケン 様

↑ 口座名義人 (申請書にはこのまま記入願います。)

① 福岡県

④ 0000

① 福岡県

④ 0000

② 福岡

③ フクオカケ

⑤ 123

⑥ 12345

事業所名

福岡事業所

※適宜コピーして使用してください。

電気料金請求書等 貼り付け台紙

枠からはみ出しても構いませんが、用紙からはみ出さないでください。

重ねずに 貼り付けてください。

注意事項

- ・ 請求書等は支援金を申請する事業所・施設ごとに添付してください。
ただし、法人で一括して契約を行っている場合には、1枚の請求書等のみの添付で差し支えありません。その際、事業所等名を台紙余白に記載する等、該当する事業所等が分かるようにしてください。
- ・ 請求書等は令和7年7月～令和7年9月、または令和8年1月～令和8年3月のいずれかの月のものを添付してください。
- ・ 契約プラン名が電力会社独自のもので、高圧・低圧の種別が明確に分からない場合には、契約電力又は供給電圧が分かる書類(契約書等)を併せて添付し、高圧・低圧の種別が分かる部分をマーカーで色付けするなど分かりやすく表示してください。
- ・ 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します。

【高圧電力と低圧電力の見分け方】

	高圧電力	低圧電力
契約電力	50kW以上	50kW未満
供給電圧	6,000V以上 (6kV以上)	200V以下

事業者名 (支店等がある場合は支 店まで記載)	福岡事業所
-------------------------------	-------

※適宜コピーして使用してください。

補装具支給実績確認書類 貼り付け台紙

枠からはみ出しても構いませんが、用紙からはみ出さないでください。

重ねずに 貼り付けてください。

注意事項

- ・ 確認書類(領収書の控え、受取証、納品書の控え等の写し)は支援金を申請する事業所ごとに添付してください。
- ・ 確認書類は令和7年4月1日～令和8年3月31日の支給(販売、貸与及び修理)に係るものを添付してください。
- ・ 複数支給実績がある場合、1件分のみで構いません。

役員名簿

氏名カナ (半角カナで入力、 姓と名は区切り線で分ける)		氏名 (姓と名は区切り線で分ける)		生年月日				性別 男性 :M 女性 :F (半角)
				元号 大正:T 昭和:S 平成:H	年	月	日	

入力上の留意点

- 1 列追加の不可、行追加は可。
- 2 外国人で日本名もある場合は、各々一列に入力すること。
- 3 アルファベット氏名はカタカナで入力すること。
- 4 常用漢字ではない文字が氏名に使用されている場合は、簡体字を当ててください。
- 5 適当な簡体字がない場合は、欄ごと空白としてください。