

福岡県社会福祉施設等物価高騰対策支援金 申請書  
(介護サービス事業所・施設等)

この申請書は重点支援地方交付金を活用した支援金に係るものです。  
国の医療・介護等支援パッケージによる補助金(入所系①のみ対象)については別途申請が必要です。

令和 年 月 日

福岡県知事 殿

このことについて、下記のとおり申請します。

1 申請者等情報

法人住所 (通知書送付先)	〒			
法人名				印 (署名又は記名押印)
代表者の職・氏名	職名		氏名	
申請に関する担当者	職名		氏名	
連絡先	電話番号		E-mail	

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①	高压	人	12,900 円	円
	低压	人	12,100 円	円
入所系②	高压	人	24,900 円	円
	低压	人	24,100 円	円
通所系	高压	人	9,200 円	円
	低压	人	8,100 円	円
訪問系	—	か所	12,600 円	円
給付申請額				円

3 振込口座情報

金融機関名				支店名				預金種別			
金融機関コード				支店コード			口座番号 (右詰め)				
口座名義人 (カタカナ)											

※預金種別については、該当するものを記入してください。  
※口座名義人 (カタカナ) は通帳の記載どおり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、口座名義人カナが全て確認できる通帳等の写しを提出してください。  
※個人名義の口座ではなく、法人又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"/>	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、暴力団員が役員等ではなく、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と同意すること。

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 (上記1の法人名・代表者名が記名押印の場合、必ず代表者印も押印してください)
<input type="checkbox"/>	(2) 申請内容内訳書 (様式第3号-2)
<input type="checkbox"/>	(3) 役員等名簿 (様式第3号-3)
<input type="checkbox"/>	(4) 振込先の通帳等の写し
<input type="checkbox"/>	(5) 電気料金の請求書等の写し (入所系及び通所系で高压で受電する事業所・施設のみ)

法人名								
※色がついているところだけ記入してください。								
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								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

※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・施設として取り扱います。  
※1つの事業所番号で複数の入所系及び通所系の介護事業を実施している場合は、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。  
※「訪問系」については、同一事業所で実施しているサービスの数にかかわらず1事業所としての申請とします。  
※共生型障がい福祉サービス等を実施している事業所は、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。  
※別紙2（第3条第2号関係） 障がい福祉サービス事業所等で定める「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（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。  
※20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】  
※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、低圧電力受電事業所・施設として支援を行います。

様式第3号－3(別紙3関係)

役員等名簿(法人代表者、理事、監事、評議員等、施設の管理者又は施設長を含む。)

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。

法人名	
-----	--

※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。

口座名義、口座番号、カナ等が見えるように 重ねずに 貼り付けてください。

### 注意事項

以下の5項目が全て揃っていることをご確認ください。

- ①金融機関名
- ②支店名
- ③預金種別
- ④口座番号
- ⑤口座名義人カナ

※当座預金の場合、以下のいずれかの書類等の写しを添付してください。

- ・ 当座勘定入金帳
- ・ 当座勘定照合表
- ・ 当座小切手帳
- ・ 当座勘定入金申込帳 等