

様式第3号－1（別紙3関係）

… 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。
● フォーム内青字は空欄又はセカンダリーフィールドに該当する事項です。	
● 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）申請する日を記入してください。	

令和8年1月16日

福岡県知事 殿 「法人」の住所を記入して下さい。		<ul style="list-style-type: none"> 「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東公園7-7 福岡県庁2F	
法人名	社会福祉法人	代表者の方のご署名、または、法人印の押印をお願いします。	印（署名又は記名押印）
代表者の職・氏名	職名	印 福岡 太郎	
申請に関する担当者	職名	氏名 福岡 二郎	
連絡先	電話番号	092-643-3321	E-mail kaigo@pref.fukuoka.lg.jp

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。

区分	電気	定員等数	単価	申請金額
入所系①	高圧	120人	12,900円	1,548,000円
	低圧	人	12,100円	円
入所系②	高圧	50人	24,900円	1,245,000円
	低圧	人	24,100円	円
通所系	高圧	人	9,200円	円
	低圧	30人	8,100円	243,000円
訪問系	一	1か所	12,600円	12,600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。

金融機関名	① 福岡県銀行	支店名	② 福岡県支店	預金種別	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 フクオカホウシヤン（カ）				

※預金種別については、該当する
※口座名義人（カタカナ）は通帳
※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
　　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暴力団員にないこと。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暴力団員にないこと。
<input type="checkbox"/> 必ず確認事項をご覧ください。申請に当しないこと。
<input type="checkbox"/> は同意が必要ですので、全てに✓してください。
<input type="checkbox"/> ⑩回八月半の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で事務局と共に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（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"/> 提出書類が揃っているか必ず確認してください
<input type="checkbox"/> くさい。
<input type="checkbox"/> (3)（入所系及び通所系で高圧で受電する事業所・施設のみ）

様式第3号-2 (別紙3関係) 福岡県社会福祉施設等物価高騰対策支援金 (介護サービス事業所・施設等) 申請内容内訳書

法人名		社会福祉法人 ○○会						
※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	4000000000	福岡県訪問看護ステーション	田川市	訪問看護	1 か所	-	12,600円	12,600円
2								
3	事業所番号10桁の番号を入力してください。		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。		プルダウンから「訪問看護」を選択してください。		'1'を入力してください。	
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ます。

※「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。

赤字（取消）部分は、「健康保険法に基づく指定のみを受けている訪問看護事業所」に該当する項目ではありません。

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。）

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。

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。

株 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)					
	総合口座通帳 ご契約内容					
	C M F 番号	↓口座名義人(申請書にはそのまま記入願います。) フク)フクオカケンカイ ⑦ 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 ⑥				千円	千円
	スwing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
	(ご 变 更 欄)					
印紙税申告納 付につき福岡 税務署承認済	発 行 日	福岡県 ① 行				
(通帳作成地)	口座開設店番	123 ⑤ 口座番号	福岡県 ② 店			
	発 行 店		TEL			
		(銀行コード 0000) ④				
<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)						
記 号 番 号						
おなまえ	フク)フクオカケンカイ ⑦ 様					
↑口座名義人(申請書にはそのまま記入願います。)						
こ 利 用 欄	株式会社 福岡県銀行 ① (金融機関コード: 0000) ④ 通帳作成地					
銀 行 使 用 欄	印紙税申告納 付につき 税務署承認済					
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 ② 【読み】 フクオカケ) 【店番】 123 ⑤ 【金種目】 普通預金 ③ 【座番号】 123456 ⑥						