

箕面市社会福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

申請日 令和5年（2023年） 月 日

（宛先）箕面市長

（申請者） 〒
対象施設所在地

対象施設名称

対象施設代表者名
（施設長・管理者等）

法人名

法人代表者名

（担当者名 電話番号 — — ）

箕面市社会福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱第5条の規定により、必要書類を添えて申請し、支援金の支給が決定された場合は当該支援金を請求します。

なお、申請及び支給に当たっては、下記の誓約及び同意事項内容を了承します。

支給申請額及び請求額 金 _____ 円（申請額の内訳：裏面に記入）

【誓約・同意事項】 下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

- 本施設等は、箕面市社会福祉施設等物価高騰対策支援金の対象施設です。
（箕面市内に所在 令和5年1月1日時点で設置あり 申請日時点で廃止・休止なし）
- 同一施設等からの重複申請はありません。
- 裏面記載の定員数・病床数は、令和5年1月1日時点の数を記載しました。
- 施設等代表者及び法人代表者のいずれも、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は同条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）若しくは箕面市暴力団排除条例（平成26年箕面市条例第44号）第2条第3号に規定する暴力団密接関係者（以下「暴力団密接関係者」という。）ではありません。
- 従業員、職員又は使用人に暴力団員又は暴力団密接関係者はいません。
- 申請内容（申請額を含む）に不備があった場合は市が補正することに同意します。
- 支援金支給後に、給付要件に該当しないことが判明した場合は、市に返還します。
- その他、申請書記載の内容について、一切の虚偽はありません。

【添付書類】

- 振込先口座が確認できる書類（別紙に貼付）
- 【医療機関・薬局・訪問看護・助産所のみ】 診療（調剤）報酬支払通知書の写し等、継続して事業を実施していることが確認できる書類（別紙に貼付）

(裏)

【受取口座】

金融機関名	支店名 (ゆうちょ銀行は3桁の漢数字)	分類
1. 銀行 5. 農協 2. 金庫 6. 漁協 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所	1. 普通
	店番号	2. 当座
口座番号 (右詰で記入してください)	口座名義	
	フリガナ	

※ゆうちょ銀行の場合は、振込用の口座番号等をご記入ください。

○申請額の内訳欄

施設等名称 (サービス種別)	開設年月日 年 月 日
-------------------	----------------

※1施設等につき、1枚の申請書を使用してください。

施設分類	チェック	区分	支援金 単価(A)	定員・施設数・病床数 (B)	対象期間 (C)	申請額 (A×B×C)
介護保険 サービス 事業所等	<input type="checkbox"/>	入所系	2,800円	定員 名	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	通所系	900円	定員 名	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	訪問系等	7,400円	施設数 1カ所	ヵ月	円
障害福祉 サービス・障害 児通所支 援事業所 等	<input type="checkbox"/>	入所系	2,800円	定員 名	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	通所系	900円	定員 名	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	訪問系等	7,400円	施設数 1カ所	ヵ月	円
医療機関 等	<input type="checkbox"/>	病院 有床診療所	5,000円	病床数 床	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	無床診療所 (内科・歯科)	10,000円	施設数 1カ所	ヵ月	円
	<input type="checkbox"/>	薬局、助産所、 訪問看護	10,000円	施設数 1カ所	ヵ月	円

※対象期間は、令和4年5月1日から9月30日までの5カ月間とする。

ただし、施設の開設時期が、令和4年5月2日以降の場合は、翌月(月初めの場合はその月)から起算した期間で申請すること。

※対象施設のうち、大阪府医療機関等物価高騰対策一時支援金支給規則(令和5年大阪府規則第1号)第2条第1号に定める施設等及び大阪府社会福祉施設等物価高騰対策一時支援金支給規則(令和5年大阪府規則第3号)第2条第1号に定める施設に該当しないものについては、対象期間を令和4年5月1日から令和4年12月31日までの8カ月間とする。

※定員数・病床数は、令和5年1月1日時点の数を用いること。

※病床数は、稼働中の数のみ対象とし、休床中の数は除外すること。

(別紙)

受取口座確認書類

貼付欄

金融機関名、支店名、口座番号、口座名義（カナ）がわかるものの
コピーを添付してください。

(例)

- 通帳のコピー
- キャッシュカードのコピー
- インターネットバンキングの画面コピー など

【医療機関・薬局・訪問看護・助産所のみ】

事業継続確認書類

貼付欄

(例)

- 診療（調剤）報酬支払通知書のコピー など