

第1号様式（第4条関係）

伊奈町価格高騰対策介護事業所等緊急支援給付金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先)  
伊奈町長

申請者

〒

事業所所在地  
事業者名  
代表者

印

伊奈町価格高騰対策介護事業所等緊急支援給付金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 交付要件確認事項（該当する場合は、□に✓をしてください。）

- 令和5年 月 日時点において、町内に所在する別表に規定する事業所を有し、事業活動を開始しています。
- 給付金申請時に事業を継続しており、今後も継続する意思があります。
- 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号の暴力団又は同条第6号の暴力団員が経営に関与していません。

2 支援金申請（請求）額 \_\_\_\_\_ 円

3 内訳（※各事業所の詳細は、別紙に記入してください。）

区分	1事業所当たりの 給付金額 (A)	事業所数 (B)	小計 (A×B)
訪問系	10,000円		円
通所系	30,000円		円
入所系	60,000円		円
合計			円

4 支援金振込先（※太枠内を記入してください。）

伊奈町価格高騰対策介護事業所等緊急支援給付金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込記入欄	金融機関名			支店名			種目		
	銀行			本店			1 普通		
	信用金庫			支店					
	農協			支所			2 当座		
信用組合			出張所						
金融機関コード			店舗コード			口座番号			
フリカナ			検収			債権者コード			
口座名義			年 月 日 ④						

※ ゆうちょ銀行の場合には、通帳2ページの銀行使用欄にある店名、店番を支店名、支店コードに記入してください。

※ 申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、以下に署名し、又は記名押印してください。

私は、上記の口座名義人に支援金の受領に関する一切の権限を委任します。

(署名又は記名押印)

別紙

事務担当者名：

連絡先：

No.	事業所名	事業所所在地	事業所種別	区分	給付金額
1		伊奈町			円
2		伊奈町			円
3		伊奈町			円
4		伊奈町			円
5		伊奈町			円
6		伊奈町			円
7		伊奈町			円
8		伊奈町			円
9		伊奈町			円
10		伊奈町			円
				合計	円

※「事業所種別」、「区分」及び「給付金額」は、伊奈町価格高騰対策介護事業所等緊急支援給付金交付要綱の別表の該当するものを記入すること。

別表

No.	事業所種別	区分	給付金額
1	訪問介護	訪問系	1事業所当たり 10,000円
2	訪問型サービス		
3	訪問リハビリテーション		
4	訪問看護		
5	福祉用具貸与		
6	居宅介護支援		
7	介護予防支援		
8	通所介護	通所系	1事業所当たり 30,000円
9	通所型サービス		
10	療養通所介護事業所		
11	認知症対応型通所介護		
12	通所リハビリテーション	入所系	1事業所当たり 60,000円
13	短期入所生活介護		
14	短期入所療養介護		
15	介護老人福祉施設		
16	介護老人保健施設		
17	認知症対応型共同生活介護		
18	軽費老人ホーム		
19	有料老人ホーム		
20	サービス付き高齢者向け住宅		
21	小規模多機能型居宅介護		