

第1号様式（第4条関係）

伊奈町価格高騰対策障害福祉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障害福祉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7年1月20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

区分	給付金額	該当区分の有無	小計
訪問系（移動系）	50,000円	有 ・ 無	円
通所系	80,000円	有 ・ 無	円
入所系	100,000円	有 ・ 無	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障害福祉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			
	信用金庫		支店		1 普通	
	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 印		

※ 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)

別表

区分	事業所種別	給付金額
訪問系（移動系）	居宅介護	50,000円
	重度訪問介護	
	行動援護	
	計画相談支援	
	移動支援事業	
	生活サポート事業	
通所系	児童発達支援	80,000円
	放課後等デイサービス	
	保育所等訪問支援	
	生活介護	
	自立訓練	
	就労移行支援	
	就労継続支援B型	
入所系	短期入所	100,000円
	共同生活援助	