

様式第1号（第5条関係）

令和5年度大野城市介護施設、障がい福祉施設及び保育所等物価高騰対策支援金（後期分）
給付申請書兼請求書（介護施設又は障がい福祉施設等分）

年 月 日

大野城市長 宛

申請者 所在地
法人名
代表者氏名 印
電話番号

令和5年度大野城市介護施設、障がい福祉施設及び保育所等物価高騰対策支援金（後期分）の給付を受けたいので、令和5年度大野城市介護施設、障がい福祉施設及び保育所等物価高騰対策支援金（後期分）給付事業実施要綱（令和6年要綱第9号）第5条の規定により、下記のとおり申請します。

また、当該支援金の給付が決定したときは、給付決定額を請求します。

記

1 市内の介護施設又は障がい福祉施設等

No.	施設等名称	区分	高圧受電有無	都市ガス使用有無	入所系定員	通所系定員	訪問系事業所数
1			有・無	有・無	人	人	か所
2			有・無	有・無	人	人	か所
3			有・無	有・無	人	人	か所
4			有・無	有・無	人	人	か所

※訪問系及び相談支援の事業所については、高圧受電有無は選択不要です。ただし、小規模多機能型居宅介護については選択が必要です。

2 給付申請金額

区分	高圧受電有無	都市ガス使用有無	単価 (①)	定員 (事業所数) (②) ※1の合計と同一	申請金額 (①×②)
入所系 (宿泊系)	有	有	26,300円	人	円
	有	無	25,900円	人	円
	無	有	21,200円	人	円
	無	無	20,800円	人	円
通所系	有	有	13,900円	人	円
	有	無	13,700円	人	円
	無	有	11,400円	人	円
	無	無	11,200円	人	円
訪問系	無	有	54,900円	か所	円
相談支援	無	無	53,700円	か所	円
給付申請金額					円

3 支援金の振込先（申請者名義のものとする。）

金融機関名	銀行・農協・信金 信組・労金 本店・支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()
口座番号	
口座名義	フリガナ