

(様式第1号) (用紙 日本産業規格A4縦型)

令和 6 年 1 月 19 日
高騰対策支援金(障害分) (後期分) 申請書

薄黄色のセルについて
記入をお願いします。

令和 6 年 1 月 19 日

静岡県知事

標記について、次のとおり申請します。

申請者(法人)	フリガナ	シャカイフクシホウジン シズオカタロウ			
	名称	社会福祉法人 静岡太郎			
	所在地	(郵便番号 421 - 8601)			
		静岡市葵区追手町9-6			
	連絡先	電話番号	054-221-3599	E-mail	shougai-seisaku@pref.shizuoka.lg.jp
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	静岡太郎
申請に関する担当者	職名	課長	氏名	静岡次郎	

申請内容

障害福祉サービス事業所・障害者支援施設等における物価高騰対策支援事業費		事業所等数	申請額
訪問及び相談系サービス事業所		2 箇所	30,000 円
小 計		2 箇所	30,000 円
通所系	1 自立訓練(機能訓練)事業所	0 箇所	0 円
	2 自立訓練(生活訓練)事業所	0 箇所	0 円
	3 就労移行支援事業所	1 箇所	40,000 円
	4 就労継続支援事業所(A型)	0 箇所	0 円
	5 就労継続支援事業所(B型)	0 箇所	0 円
	6 生活介護事業所	1 箇所	20,000 円
	7 児童発達支援事業所	0 箇所	0 円
	8 放課後等デイサービス事業所	0 箇所	0 円
小 計		2 箇所	60,000 円
居住系	9 共同生活援助事業所	1 箇所	80,000 円
	10 障害者支援施設(施設入所支援事業所)	1 箇所	94,000 円
	11 宿泊型自立訓練事業所	0 箇所	0 円
	12 短期入所事業所(併設型、単独型)	0 箇所	0 円
	13 療養介護事業所	0 箇所	0 円
小 計		2 箇所	174,000 円
合 計		6 箇所	264,000 円

2~4シート目
(別紙様式1~3)から自動で転記されますので、
記載不要です。

【誓約事項】

下記のとおり相違ないことを確認の上、各項目の左の欄へ○印を記載してください。
全ての項目に○を入れないと申請できません。

<input type="radio"/>	静岡県が実施するこの支援金について、介護分の支援金と重複して申請していません。
<input type="radio"/>	私の申請内容について、虚偽が判明した場合には、支援金の返還等に応じるとともに、加算金を支払います。
<input type="radio"/>	私の申請内容を証明する書類を適切に保管します。
<input type="radio"/>	本申請に関し静岡県から検査・報告等の求めがあった場合は、これに応じます。
<input type="radio"/>	支援金の支払いについては、口座振替により受領することを希望します。
<input type="radio"/>	令和5年12月1日時点で事業所等を運営しており、申請日時点で事業所等を休止・廃止していません。また、本支援金の交付を受けた後も事業所等の運営を継続します（する意思があります）。
<input type="radio"/>	申請事業者の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等が静岡県暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団、同条第2号に規定する暴力団員又は同条第3号に規定する暴力団員等に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団、暴力団員及び暴力団関係者が経営に事実上参画していません。

(添付資料)

(別紙様式1) 訪問・相談系事業所別支援金申請額

(別紙様式2) 通所系事業所支援金申請額一覧

(別紙様式3) 居住系事業所支援金申請額一覧

(様式第2号) 支援金振込口座についての申出書

振込先金融機関の口座が確認できる、通帳のコピー等

全て「○」でない場合は
申請できません。

(単位:円)

No.	事業所名	障害 事業所番号	サービス種別	電話番号	所在地	支援金申請額	摘要 (審査結果)
1	静岡太郎事業所	123456	居宅介護事業所	054-221-3599	静岡市葵区追手町9-6	15,000	
2	静岡次郎事業所	234567	行動援護事業所	054-221-2352	静岡市駿河区有明町2-20	15,000	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

- ・本シートは、訪問・相談系のサービス事業所について記載いただくものです。
- ・薄黄色のセルについて記載をお願いします。(白い部分は、自動計算等で記載不要です)
- ・訪問・相談系のサービス事業所は、1事業所当たり15,000円の交付額となります。
- ・同一の事業所については、複数の訪問・相談系のサービスの指定を受けていても、一律15,000円の交付額となります。複数のサービスの指定を受けている場合でも、代表的なサービス種別1つのみを選択し記載をお願いします。

No.	事業所名	障害 事業所番号	サービス種別	電話番号	所在地	利用定員	利用定員 (調整後)	利用定員× 単価(2,000円)	支援金上限額	支援金申請額	摘要 (審査結果)
						うち、施設入所 支援事業所利用 者					
1	静岡三郎事務所	345678	就労移行支援事業所	054-221-3599	静岡市葵区追手町9-6	20		40,000	80,000	40,000	
2	静岡四郎事務所	456789	生活介護事業所	054-221-2352	静岡市駿河区有明町2-20	50	40	20,000	80,000	20,000	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

・本シートは、通所系のサービス事業所について記載いただくものです。

・薄黄色のセルについて記載をお願いします。(白い部分は、自動計算等で記載不要です)

・通所系のサービス事業所は、定員1人あたり2,000円の交付額となります。1つの事業所・サービスあたりの上限額は80,000円です。

・障害者支援施設(施設入所支援)で提供する日中サービスについては、「障害者支援施設(入所支援施設)の特例」ファイルを御確認ください。

・児童発達支援、放課後等デイサービスを行う多機能型事業所については、配置している基準人員が対応可能な最大人数を利用定員とします。
 ※児童発達支援、放課後等デイサービス合わせて10人としている事業所は、指定上、児童発達支援10人、放課後等デイサービス10人となっても配置している基準人員は2人であるため、支援金交付事業における利用定員は合わせて10人となります。

No.	事業所・施設名	障害 事業所番号	サービス種別	電話番号	所在地	利用定員	利用定員 ×単価(4,000円)	利用定員 ×単価(9,400円)	支援金上限額	支援金申請額	摘要 (審査結果)
1	静岡五郎事業所	567890	共同生活援助事業所	054-221-3599	静岡市葵区迫手町9-6	20	80,000		400,000	80,000	
2	静岡六郎事業所	678901	障害者支援施設(施設入所支援事業所)	054-221-2352	静岡市駿河区有明町2-20	10		94,000	940,000	94,000	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

・本シートは、居住系のサービス事業所について記載いただくものです。

・薄黄色のセルについて記載をお願いします。(白い部分は、自動計算等で記載不要です)

・居住系のサービス事業所の支援金は以下のとおりです。

- ・障害者支援施設(障害者支援施設):定員1人あたり9,400円の交付額となります。1つの事業所・サービスあたりの上限額は940,000円です。
- ・障害者支援施設(障害者支援施設以外):定員1人あたり4,000円の交付額となります。1つの事業所・サービスあたりの上限額は400,000円です。

支援金振込口座についての申出書

介護サービス事業所等物価高騰対策支援金（障害分）について、下記口座を支援金振込口座として申し出ます。

1 申請者情報

支援金申請者 (法人名称)	社会福祉法人 静岡太郎	押印は不要です。
申請団体責任者職名・氏名	理事長 静岡太郎	
申請書作成者職名・氏名	課長 静岡次郎	

2 振込先口座（法人名義の口座）

金融機関コード・名称	0 0 0 0	ふじのくに	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 組合				
支店コード・名称	0 0 0	県庁	<input type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所				
種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座						
口 座 番 号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	シャカイフクシホウジンシズオカタロウ リジチョウ シズオカタロウ						
口 座 名 義	社会福祉法人 静岡太郎 理事長 静岡太郎						

※通帳のコピー等（振込先金融機関の口座情報（金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、名義人）が確認できるもの）を添付してください。

※金融機関コード、支店コードが分かる場合は記載をお願いします。