様式第１号(第４条関係)

　　年　　月　　日

佐久市長　様

佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金支給申請書兼請求書

　標記支援金の支給を受けたいので、佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金支給要領第４条の規定により、下記のとおり支援金の支給を申請します。なお、申請に当たり、市長が市税等の納付状況や、県に対して県の補助事業等の給付状況を確認することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 請 者 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | フリガナ |  |
| 法人の名称 |  | | | | 代表者の職氏名 |  |
|
| 法人の所在地 | 〒 |  |  |  |  | |
|  | | | | | |
|
| 担当者氏名  （所属・職氏名） |  | | | | | |
| 担当者メールアドレス |  | | | | 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 支給申請額 | 円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 金融機関番号 | | | | 支店名 | | 支店番号 | | | 分類 | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | 1. 普通 2. 当座 | |
| 口　座　番　号 |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| 口　座　名　義 | （フリガナ） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 誓約事項 | |
| ☐ | この支援金は、物価高騰による事業及び利用者への影響を軽減するものであることの趣旨を理解し、事業所又は施設の光熱費・食材費・燃料購入費等に充てます。 |
| ☐ | 佐久市暴力団排除条例に規定する暴力団又は暴力団員ではありません。 |
| ☐ | 市税等市の徴収金に滞納はありません。 |

　上記項目を確認し、「レ」を付けてください。全ての項目にレが付きましたら提出願います。

(添付書類)

１　佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金事業一覧表(別紙)

２　長野県の社会福祉施設等価格高騰対策支援金の対象である場合は、県の決定通知書又は申請書の写し

　（県事業の対象外である場合は、添付不要）

別紙

佐久市障がい福祉施設等価格高騰対策支援金事業一覧表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 施設等の名称 ※１ | 所在地 | 事業所番号 | 利用定員 | 基準単価※２ | 加算額 | 申請額 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ※１　施設等の名称は略さずに指定されている正式な名称を記入すること。  ※２　訪問系①・訪問系②のそれぞれの区分において、２種類以上のサービスの指定を受けている　　場合は、指定を受けているサービスの数にかかわらず、それぞれの区分における１施設等当た　　りの基準単価は20千円とする。  ※３　長野県社会福祉施設等価格高騰対策支援事業の対象外施設については、上記表により基準額と加算額を算定して合計した額に２を乗じて得た額を申請額とする。 | | | | | | 合計 |  |

（単位：円）