

【様式 1（第 5 条関係）】

※熊本県記入欄

整理番号 高

熊本県知事 木村 敬 様

令和 6 年度(2024年度)熊本県高齢者施設等物価高騰対策支援金
交付申請書兼実績報告書兼請求書

申請日 :

(加)
申請者（法人名） :
〒 -
申請者（法人）住所 :
役職・代表者名 : . (印)

※申請者の押印を省略する場合は次欄も記入ください。

書類発行責任者氏名		責任者連絡先	
担当者氏名		担当者連絡先	
連絡先e-mail			

標記について、下記のとおり支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）します。

支援金額 0 円 ※自動計算

1. 裏面の誓約事項を確認し、全て該当する場合は○を記入してください。
一つでも該当しない場合、支援金の申請（請求）はできません。

誓約事項	
------	--

(振込口座情報)

2. 振込口座情報を記入してください。

※コード逆引き

金融機関名		金融機関 コード				
支店名		支店コード				
預金種類		(01：普通 02：当座 04：貯蓄)				
口座番号 (右詰め)						
(フリガナ)						
口座名義						
委任状兼口座 振替申出書の 提出有無		無：口座名義が申請者役職名＋申請者名と同一 有：口座名義が申請者役職名＋申請者名と異なる				

※ 口座名義が申請者と異なる場合は、別途「委任状兼口座振替申出書」の提出が必要です。

3. 令和 5 年度（2023年度）熊本県高齢者施設等物価高騰対策支援金の交付を受けている場合は、○を記入してください。

交付実績	
------	--

裏面へ続く

(誓約事項)

- ①申請者は、交付要項第3条に規定する交付対象者の要件を満たしています。
- ②申請者及び交付対象施設等の役員又は使用人は、熊本県暴力団排除条例（平成22年熊本県条例第52号）に規定する暴力団関係者ではありません。
- ③業務上の行為により法令に違反し、令和5年（2023年）10月1日から令和6年（2024年）3月31日までの間に、行政処分を受けたことはありません（所管する交付対象施設等を含みます）。
- ④交付対象施設は、令和5年（2023年）10月1日から令和6年（2024年）3月31日までの間に運営実態があり、物価高騰の影響を受けて費用が増加しています。
また、市町村等が実施する他の支援制度を利用しても、なお費用の増加分に足りません。
- ⑤申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された支援金の返還に応じます。
- ⑥支援金の交付手続きに必要な範囲で、県から業務委託事業者へ、申請者の個人情報を含む必要な情報が提供されることに同意します。
- ⑦申請者は、交付要項第7条第1項に定める証拠書類等の保管を確実に行います。

【様式 1（第 5 条関係）別表】										※熊本県記入欄	
(高齢者施設等)										整理番号	
同じ施設・事業所名称が複数存在する場合は赤字で表示されます。サービス種別が異なっていれば問題ありません。										※総合事業、みなし特定等のサービスの場合は赤字で表示されます。当該事業所で当該サービスのみを単独で実施している場合等は問題ありません。	
No.	介護保険事業者番号	施設・事業所名称	施設・事業所郵便番号 (国字角、〒、5桁)	施設・事業所住所	施設区分	サービス種別	支援金区分	定員 ※初期開所は記入不要	支援金額	備考	※確認コメント (単位:円)
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
※確認コメント									合計		

(注)

1 介護保険事業者番号が無い有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(いずれも(地域密着型)特定入所者生活介護を除く)は、「介護保険事業者番号」欄は「9999999999」を記入してください。
本表一覧は 着色セルが入力部分です。それ以外のセルは計算式が入っていますので直接入力したり、削除しないでください。また、行や列、セルを削除しないようお願い。

3 「※確認コメント」欄に「※」が表示された場合は入力した内容が重複、矛盾があることを示していますので必ず修正してください。[△]が表示された場合は、施設区分の選択が正しいか疑義があるものですので再度間違いないか確認してください。
「※」のコメントは、支援金対象の施設・事業所であるか確認が必要なものですので、同一事業所等が複数の指定を受けていないか、申請する医療系介護サービス事業所が当該指定介護サービス事業所として専有で施設基盤を備えているか等を確認してください。

4 申請する高齢者施設・事業所が20以上ある場合は、25行～34行を再表示させて利用してください。(30事業所以上ある場合はコールセンターにご相談ください)。

5 「みなし有料老人ホーム」については、「高齢者住まい法第17条第1項に規定する「契約締結前」に交付する書面(重要事項説明書等)」の提供するサービスの内容を記載したページを「みなし有料重設写し」シートに貼り付けるとともに、次のサービスのうち提供しているものの□に✓を付けてください。

☐ 入浴、押せつ又は食事の介助

☐ 食事の提供

☐ 洗濯、掃除等の家事

☐ 健康管理の供与

委任状

私は、下記 1 の者を代理人と定め、下記 2 に規定する事項を委任します。

記

1 代理人

郵便番号 〒

住所

(商号等)

商号等

代表者職氏名

2 委任事項

次の支援金の受領に関する一切の権限。

令和 6 年度 (2024 年度) 熊本県高齢者施設等物価高騰対策支援金

委任者

住所 0

商号等 0

代表者職氏名

印

口座振替申出書

本件委任に係る支援金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いします。

記

1 口座振込先

金融機関名 ()

種別・口座番号 ()

口座名義 0

(口座名義) 0

受任者

郵便番号 〒

住所 0

商号等 0

代表者職氏名 0

印

※熊本県記入欄

整理番号	高
------	---

振込口座情報関係（通帳の写し等）

熊本県高齢者施設等物価高騰対策支援金申請書（兼実績報告書兼請求書）

の「5 振込口座情報」が分かる通帳の写しを提出してください。

※「5 振込情報」に記載する口座名義は貼付いただく通帳の名義と必ず一致させてください。

（加）

法人名：

法人住所：

口座番号、口座名義（カナ）が記載されているものを画像貼り付け等してください。
※ 通帳を1枚めくった口座名義（カナ）が記載されているページ等

見 本	
おなまえ ケンチョウ タロウ	口座名義 ※この名義と申請書の受 取口座名義が一致してお く必要があります。
店番 XXX	口座番号 XXXXXXX
株式会社 〇〇銀行	支店コード 口座番号
支店名 県庁支店	金融機関名 支店名

**みなし有料老人ホーム確認
（契約締結前に交付する書面（重要事項説明書等）の**

申請している「みなし有料老人ホーム」が提供するサービスの内容が
記載された「契約締結前に交付する書面」のページの写しを提出してください。

（加）

法人名：

法人住所：

みなし有料老人ホーム名 1	