

【様式1（第5条関係）】

※熊本県記入欄

整理番号	障
------	---

熊本県知事 木村 敬 様

令和6年度(2024年度)熊本県障害福祉サービス事業所等
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)

法人名：

〒

-

法人住所：

役職・代表者名：

※申請者の押印を省略する場合は次欄も記入ください。

※書類発行責任者と担当者が同一の場合は、担当者氏名欄に「同上」とお書きください。

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」及び様式1別表2「誓約事項チェックリスト」を確認し、全て該当する場合はそれぞれ「○」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		誓約事項チェックリスト	
------	--	-------------	--

(振込口座情報)

- 2 振込口座情報を記入してください。

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)						
(加)						
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：口座名義が申請者名役職＋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。

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 申請者及び申請者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）第2条第4号に規定する暴力団密接関係者ではありません。
- ③ 申請者は、業務上の過失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。
- 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に、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1】

（障害福祉サービス事業所等）

事業所番号		施設・事業所名称	施設・事業所 登録番号 （市町村、〃、〒）	施設・事業所 住所	施設区分	サービス種別	支援区分	定員 （2020年度） は記入不要	単有の区域 の区分等 複数申請する場合	支援金額	備考	登録事項
No.												
1												
2												
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												
合 計												

（注）

- 1 本表一覧は、黄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。
- 2 「登録事項」欄の「☒」のコメントは、入力した内容に手直しがあることを示していますので必ず修正してください。
- 3 「単有の区域」欄は、同一事業所で複数申請を行う場合で、各指定障害福祉サービス事業所として、単有の区域・業務所がある場合に「区分」と記載してください。ない場合は対象にならないため、申請を行わないでください。
- 4 申請する障害福祉サービス施設・事業所が31以上ある場合は、31行～34行を再表示させて利用してください（不明な場合は「熊本県障害福祉支援推進事務局」に入力方法を確認してください）。

【様式1(第5条関係)別表2】誓約事項 チェックリスト

確認欄	確 認 項 目
☐	＜基本事項関係＞ 今回申請する指定障害福祉サービス施設・事業所については、令和5年10月1日から令和6年3月31日までの間に支出する光熱水費、燃料費、食費等の物価高騰に係る上昇分(消費税及び地方消費税相当額を除く)を有します。
☐	市町村等が実施する他の支援制度を受給している(又はする予定の)場合、受給してもなお令和5年10月1日から令和6年3月31日までの間に支出する光熱水費、燃料費、食費等の物価高騰に係る上昇分(消費税及び地方消費税相当額を除く)を有します。
☐	次の施設及び事業所は、本支援金対象外のため今回の申請に含まれていません。 ・令和5年10月1日から令和6年3月31日までの全期間で事業を休止している施設、事業所 ・令和6年3月31日時点で廃止されている施設、事業所 ・申請時点で具体的に廃止予定時期が定まっている施設、事業所 ・県又は市町村が開設する施設、事業所
☐	熊本市内の指定障害福祉サービス施設・事業所は、本支援金対象外のため今回の申請に含まれていません。
☐	今回の申請について、法人として支援金を申請する指定障害福祉サービス施設・事業所を全て記載しており、同一法人から複数の「熊本県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金 交付申請書兼請求書申請書」を県に提出していません。(※県から指示があった場合を除く)
☐	＜交付対象者関係＞ 共生型障がい福祉サービスを実施している事業所は、従来のサービス等を実施している(指定を先に受けた)分野の施設・事業所のみ申請しています。又は、当該事例の該当がありません。
☐	介護サービスと併せて障がい福祉サービスを実施している訪問系の施設・事業所は、従来のサービス等を実施している(指定を先に受けた)分野の施設・事業所等のみ申請しています。又は当該事例の該当がありません。
☐	療養介護、医療型障害児入所施設、医療型児童発達支援サービスを実施している場合、病院・診療所設備とは別に、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画、事務所を有していることから、同一施設・事業所で医療機関分野と障害福祉サービス分野の双方で申請します。又は当該事例の該当がありません。
☐	多機能型の特例対象となっているサービスについて、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画、事務所を有していることから、同一事業所で複数サービスを申請します(同一区画について時間帯で提供サービスを分けている場合は、専有の区画を有するとはみなされません)。又は当該事例の該当がありません。
☐	障害者支援施設について、施設入所支援及び日中型サービスで各指定障害福祉サービス専有の区画、事務所を有していることから、同一施設で複数サービスを申請します。又は当該事例の該当がありません。
☐	多機能型の特例対象となっていないサービスについて、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画、事務所がある場合を除き、同一事業所で複数サービスの申請をしていません。又は当該事例の該当がありません。
☐	多機能型の特例対象となっているサービスのうち、利用定員を複数サービス通じて設定している場合は、通じた利用定員を記載しています。又は当該事例の該当がありません。
☐	短期入所サービスについて、空床利用型で運営している事業所は対象外のため今回の申請に含まれていません。又は当該事例の該当がありません。
☐	指定事業所単位で申請しており、指定事業所で主たる事業所と従たる事業所を有する場合や、指定共同生活援助で複数の共同生活を有する場合等に、複数単位での申請を行っていません。又は当該事例の該当がありません。
☐	自立訓練(生活訓練)で通所支援と宿泊型の双方のサービスを実施している場合、指定事業所単位で申請し、利用定員は通所支援と宿泊型の定員の合計を記載しています。又は当該事例の該当がありません。

(注)

必ず全ての項目を確認し、確認欄に「○」を記載してください。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。

振込口座情報関係（通帳の写し等）

熊本県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書の「2 振込口座情報」が分かる通帳の写しを提出してください。

※「2 振込口座情報」の情報は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
又はPDF等のスキャンデータを申請書データと併せて添付して提出してください。
併せて添付する場合のデータ名称は『（法人名称）口座通帳写し』としてください。

※熊本県記入欄

整理番号 障

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

(商号等付)

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)熊本県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援金

委任者

住所

商号等

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

(口座名義付)

支店名

(1:普通 2:当座 4:貯蓄)

受任者

郵便番号 〒

住所

商号等

代表者職氏名

※受任者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名		連絡先 (電話番号)	
担当者氏名		連絡先 (電話番号)	