第１号様式（第４条関係）

社会福祉施設等物価高騰対策緊急支援補助金交付申請書

兼補助事業実績報告書兼補助金交付請求書

年　　月　　日

 大分県知事 殿

 住　所

法人名（法人の場合のみ）

代表者職・氏名

 　 　　　　 施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象施設種別

１　補助金交付申請額・実績報告額・補助金交付請求額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設区分 | 単価（Ａ） | 算定数（Ｂ） | 金額（Ａ×Ｂ） |
| □ | 診療所（４床未満） | 100,000円／施設 | １ | 円 |
| □ | 病院、診療所（４床以上） | 35,000円／床 |  | 円 |
| □ | 薬局、施術所、助産所、訪問看護ステーション | 50,000円／施設 | １ | 円 |
| □ | 高齢者・障害者福祉施設 | 入所 | 15,000円／人 |  | 円 |
| □ | 通所 | 150,000円／施設 | １ | 円 |
| □ | 訪問、その他 | 50,000円／施設 | １ | 円 |
| □ | 救護施設 | 10,000円／人 |  | 円 |
| □ | 保育所、認定こども園、私立幼稚園・小学校 | 5,000円／人 |  | 円 |
| □ | こども食堂、地域子ども子育て支援拠点、放課後児童クラブ | 55,000円／施設 | １ | 円 |
| □ | 私立中学・高校、専修学校等 | 2,000円／人 |  | 円 |

　※該当する施設区分にチェックを入れてください。

　※病院、診療所（４床以上）の算定数は基準日の許可病床数を記載してください。

　※単価が「人」の施設区分の算定数は基準日の定員（私立小学校、私立中学・高校及び専修学校等は実員）を記載してください。

２　受取口座情報

　　　金融機関名

　　　支店名

　　　支店コード

　　　普通・当座（該当に○）

　　　口座番号

　　　口座名義（フリガナ）

３　添付書類

誓約書（別紙）

　　　上記２にかかる通帳等の写し

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail