

記載例

様式第1号(第5条関係)

県記載欄(申請者は記入不要です)

受付日

受付番号

社会福祉施設等価格高騰対策支援金支給申請書
(①高齢者福祉施設用)

令和 7 年 〇 月 〇 日

提出日(発送日)を記入してください。

長野県知事 様

次のとおり、社会福祉施設等価格高騰対策支援金の支給を申請します。

1 申請者

フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇	フリガナ	リジチョウ	〇〇 〇〇
法人の名称	社会福祉法人〇〇	代表者	職 氏名	〇〇 〇〇
			理事長	〇〇 〇〇
法人の所在地	〒 380 - * * * * 長野市〇〇123			
担当者氏名	〇〇 〇〇			
担当者メールアドレス	*****@****.jp	電話番号	026-***-****	

押印は不要です。

2 申請額

(単位:円)

施設等区分	施設種別	施設等の名称 ※1	所在地	介護保険事業所番号 ※2	利用定員	基準単価 入所系: 120,000円 通所系: 60,000円 訪問系: 20,000円	加算額 入所系: 7,000円×利用定員 通所系: (2,000円×利用定員) +20,000円 訪問系: 20,000円	申請額
入所系	介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム〇〇	長野市〇〇1-1	*****	50	120,000	350,000	470,000
通所系	通所介護	〇〇デイサービス	松本市〇〇2-2	*****	20	60,000	60,000	120,000
訪問系	訪問介護	〇〇センター	松本市〇〇3-3	*****		20,000	20,000	40,000
合計 630,000								

申請額は「基準単価」+「加算額」です。
※データで作成する場合は、自動で入力されます。次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。
入所系/通所系/訪問系
【参照: 申請要項2(1)】

※データで作成する場合は、プルダウンで「施設等区分」が選択できます。選択した区分により「基準単価」が自動で入力されます。該当する「施設種別」を記入してください。
【参照: 申請要項2(1)】※入所系・通所系のみ
令和7年1月1日現在の利用定員を記入してください。

※データで作成する場合は、入力すると「加算額」が自動計算で入力されます。「施設等区分」に応じた基準単価を記入してください。
【参照: 申請要項4】

※データで作成する場合は、自動で入力されます。「施設等区分」に応じた加算額を記入してください。
【参照: 申請要項4】

※データで作成する場合は、自動で入力されます。行が不足する場合は、様式をコピーするなどして2枚目に記入してください。
※データで作成する場合は、行をコピーして追加し、記入してください。※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 介護保険事業所番号のない施設については、介護保険事業所番号欄の記載は不要。

3 振込先

金融機関名	〇〇銀行				支店名	△△支店							
金融機関コード（4桁）	*	*	*	*		支店コード（3桁）	*	*	*				
口座種別	普通					口座番号（7桁）	*	*	*	*	*	*	*
口座名義人 ※カタカナで記載	フク. 〇〇 リジチョウ 〇〇〇〇												

※必ず法人名義の口座を指定すること。
※口座番号は右詰めで記入すること。

・令和6年度に実施した「長野県介護職員処遇改善支援補助金」を申請された事業者におかれましては、原則として、当該補助金で申請いただいた口座と同じ口座を指定いただけますようお願いします。

・振込通帳等の「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人（フリガナ）」が読み取れる書類を添付してください。

4 支給要件

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- ☒ 光熱費、食材費、ガソリン代について原油価格等の高騰の影響を受けていること。
- ☒ 申請日時点で休止中でなく、また、支援期間において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☒ 令和7年1月1日時点で、介護保険施設、介護保険サービス事業所又は軽費老人ホームであること。

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

5 誓約

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

私は、社会福祉施設等価格高騰対策支援金を申請するにあたり、下記の内容について誓約します。
なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

- ☒ 県税に滞納はありません。
- ☒ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）に規定する暴力団員若しくは暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。
- ☒ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

代表者名の記入は印字、ゴム印等も可です。（自筆である必要はありません。）
また、押印は不要です。

所在地 **〒380-**** 長野市〇〇123**
法人名 **社会福祉法人〇〇**
代表者職氏名 **理事長 〇〇〇〇**

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					