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	

社会福祉施設等医療・衛生用資材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　8　年　○　月　○　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、社会福祉施設等医療・衛生用資材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○○	フリガナ	リジチョウ　○○　○○
法人の名称	社会福祉法人○○	代表者	職　理事長　氏名　○○　○○
法人の所在地	〒　380　－　**** 長野市○○123		
担当者氏名	○○　○○		
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	申請額 入所系①：3,000円×利用定員 通所介護：1月当たり延べ利用者数による 訪問介護：1月当たり延べ訪問回数等による 上記以外の施設：30,000円
入所系①	介護老人福祉施設	特別養護老人ホーム○○	長野市○○1-1	**********	50	150,000
入所系②	認知症対応型共同生活介護	△△ホーム	松本市○○2-2	**********		30,000
通所系	通所介護（延べ利用者数300人以下/月）	○○デイサービス	松本市○○3-3	**********		20,000
訪問系	訪問介護（延べ訪問回数200回以下/月）	○○センター	長野市○○1-1	**********		30,000
						0
						0
						0
						0
						0
						0
					合計	230,000

次のいずれかの「施設等区分」を記入してください。
入所系①／入所系②／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。

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）、４】

※通所系のうち通所介護と訪問系のうち訪問介護は、令和８年４月サービス提供分から同年６月サービス提供分までの月平均により施設種別を選択してください。

※入所系①のみ
令和８年６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「申請額」が自動計算で入力されます。

「施設等区分」「施設種別」に応じた申請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	○○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．○○　リジチョウ　○○○○		

※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。

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。

- ☑ 医療・衛生用資材の価格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、支援対象期間（令和８年６月１日～同年９月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☑ 令和８年６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、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金を申請するに当たり、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）第２条第２号に規定する暴力団員又は同条例第６条第１項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ☑ 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。

所在地	長野市○○123
法人名	社会福祉法人○○
代表者職氏名	理事長　○○○○

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。

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					