

年 月 日

瑞浪市長 様

申請者 所在地 〒 _____
 事業所名 _____
 代表者職氏名 _____

瑞浪市障害福祉サービス事業者等物価高騰対策支援金支給申請書兼請求書

瑞浪市障害福祉サービス事業者等物価高騰対策支援金の支給について、次のとおり申請及び請求します。また、市が瑞浪市介護保険サービス事業所物価高騰対策支援金、瑞浪市児童福祉施設等物価高騰対策支援金及び瑞浪市医療機関等物価高騰対策支援金支給の申請状況等を調査することについて同意します。

1. 申請・請求金額 _____ 円

申請区分と実施サービスで該当するところに☑をお願いします。

申請区分	支給額	実施サービス
<input type="checkbox"/> 訪問系事業所	50,000 円	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴
<input type="checkbox"/> 通所系事業所	100,000 円	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 日中一時支援
<input type="checkbox"/> 入所系事業所	<input type="checkbox"/> 定員 10 人未満	100,000 円
	<input type="checkbox"/> 定員 10 人以上 50 人未満	300,000 円
	<input type="checkbox"/> 定員 50 人以上 80 人未満	500,000 円
	<input type="checkbox"/> 定員 80 人以上	800,000 円
		<input type="checkbox"/> 短期入所 定員 人 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 定員 人 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 定員 人 <p style="text-align: right;">合計 定員 _____ 人</p>

※申請区分において同じ所在地の場合は1事業所としてカウントしてください。

2. 振込口座

金融機関名			支店名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
フリガナ				
口座名義				

