

C 障害福祉施設

※別途様式1-1号とあわせて作成してください。

(様式1号) 佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書兼請求書【C複用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

②代表者職・氏名 (フリガナ)

③法人所在地

〒

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

2. 対象事業所名

様式1-1号に記載のとおり

3. サービス種別

様式1-1号に記載のとおり

4. 定員数

(C-1～2に該当がある場合)

名 ※R8.3.31時点の数

5. 申請額・請求額

①基準単価(円):

②加算(円):

円 (=①+②)

※入所系事業所C-1:40,000円、その他事業所:20,000円

※入所系事業所C-1:5,000円/名

※通所系事業所C-2:2,500円/名

6. 振込先

申請者の名義に限ります。(申請者以外の名義への振込を希望される場合は、別添の委任状を提出してください。)

①振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

銀行・信用金庫・信用組合		支店	
(金融機関コード)		(支店コード)	
1. 普通預金		2. 当座預金	

(様式1-1号) 佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書兼請求書
(C 障害福祉施設用)

令和 年 月 日

区分 C-1 入所系事業所

円

①基準単価: 40,000 円 / 施設
②加算: 5,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	施設	名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらに合算定員を計上すること。

区分 C-2 通所系事業所

円

①基準単価: 20,000 円 / 施設
②加算: 2,500 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	施設	名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらには定員を計上しないこと。

※空床型の短期入所は交付対象外なので記入しないこと。

※合算定員のサービスの場合は、リストの並びが上に来るサービスに合算定員を計上し、下に来るサービスの定員は0とすること。

(例: 児発・放デイで合算10名の場合、児発=10名、放デイ=0名)

区分 C-3 訪問系事業所

円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	施設

区分 C-4 相談系事業所

円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	施設

C 障害福祉施設

C-1 入所系事業所	C-2 通所系事業所	C-3 訪問系事業所	C-4 相談系事業所
a 障害者支援施設 b 障害児入所施設 c 共同生活援助 d 福祉ホーム	a 療養介護 b 生活介護 c 短期入所（単独型・併設型） d 自立生活援助 e 自立訓練（生活訓練） f 自立訓練（機能訓練） g 就労移行支援 h 児童発達支援（センター含む） i 放課後等デイサービス j 地域活動支援センター k 就労継続支援A型 l 就労継続支援B型 m 就労選択支援	a 居宅介護 b 重度訪問介護 c 同行援護 d 行動援護 e 就労定着支援 f 保育所等訪問支援 g 居宅訪問型児童発達支援	a 特定相談支援 b 障害児相談支援 c 一般相談支援（地域定着・地域移行） d 障害者就業・生活支援センター e 発達障害者支援センター
加算(5,000円/名)あり	加算(2,500円/名)あり	加算なし	加算なし

(様式2号) 佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 入金口座確認書

入金を希望される口座の通帳のコピーなど振込先の口座名義と口座番号を証する書類を以下に添付してください。(通帳は表紙の裏面(フリガナが確認できる。)をコピーしてください。)

※応援金の振込口座名義と口座番号を証する書類については、以下を参照してください。

口座の種類		提出書類	
①	都市銀行、地方銀行、信用金庫、JA銀行 など	a	通帳のコピー
②	インターネットバンキングで通帳がない場合	b	口座内容をプリントアウトした書類
③	当座預金で通帳がない場合	c	当座勘定照合表
		d	小切手帳
		e	残高証明書

様式2-2号 委任状

年 月 日

佐賀市長 様

住所・所在：
商号：
代表者職氏名：

㊞

私は、次の者を代理人と定め、下記事項に関する一切の権限を委任します。

記

1. 代理人

住所・所在：
商号：
代表者職氏名：

2. 委任事項

佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 の受領に関する一切の件

3. 振込先口座

金融機関名/本支店名	預金種別	口座番号	フリガナ 口座名義

(様式3号)

誓 約 書

私は、「佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金」の給付申請を行うに当たり、下記の内容について誓約します。

記

- ① 対象要件を全て満たしています。
- ② 業種に係る必要な許可等を全て有しています。
- ③ 現在、事業を継続しており、今後も佐賀市内において事業を継続していきます。
- ④ 『佐賀市医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金』申請書兼請求書に記載した事項及び添付資料等の提出書類について、事実と相違ありません。
- ⑤ 佐賀市が、様式1号に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請期限までに、佐賀市が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、佐賀市が当該申請を取り消すことを了承します。
- ⑥ 本応援金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽や不正等が判明した場合、本応援金を不当利得として返還いたします。
- ⑦ 申請した口座に変更があった場合は速やかに申し出ます。
- ⑧ 佐賀市が本応援金を給付するために、提出される申請者情報、個人情報及び口座情報を委託業者及び指定金融機関に提供することに同意します。
- ⑨ 自己又は自社若しくは自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。また、次に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。佐賀市が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。
 - ア 暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)
 - イ 暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)
 - ウ 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
 - エ 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
 - オ 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
 - カ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
 - キ 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

令和 年 月 日

佐賀市長 様

所在地

名称

代表者氏名

注意 応援金の不正受給は犯罪です。

対象要件を満たしていないにも関わらず、偽って応援金の交付を受けようとする行為は犯罪です。

不正等が判明した場合は、応援金を返還いただくとともに、申請者の情報を公表します。