

別記

【障がい福祉課分】

様式第1号(第4関係)

宮崎県知事 殿

宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金意思確認書

次のとおり、宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 基本情報

事業者名 (法人等名)	フリガナ 名称	シャカイフクシホウジン●●カイ 社会福祉法人●●会	
法人等 所在地	〒	880-0000	
	住所(番地・住居番号) (建物名等)	宮崎市●●●町●●●● ●●ビル3階	
代表者	職名	理事長	
	氏名	●● ●●	
書類作成 担当者	フリガナ	○○ ○○	
	氏名	○○ ○○	
連絡先	電話番号 (日中繋がる番号)	090-0000-0000	
	e-mail(アドレス)	aaaaa@bbb.jp	

辞退に当たっての確認事項(次にチェックを入れた場合、2以降の記入は不要です。)

支援金の受給を辞退される場合には、□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の受給を辞退します。
--------------------------	-------------------------------------

2 支給の対象事業所に関する情報

通し番号	事業所番号 (※1)	事業所の所在地		事業所名	サービス名	食事提供体制 加算取得の有無(※2)	支給単価 (※3)	定員数 (居住系のみ)	申請額 (※3)
		郵便番号	住所						
1	4 5 * * * * * * * *	880-0000	宮崎市○○町○○	就労継続支援A型事業所●●	就労継続支援A型	有	165,000円		165,000円
2	4 5 * * * * * * * *	880-0000	宮崎市○○町○○	児童発達支援事業所●●	児童発達支援	無	98,000円		98,000円
3	4 5 * * * * * * * *	880-0000	宮崎市○○町○○	障害者支援施設●●●●	障害者支援施設		16,000円	20名	320,000円
4		880-0000	宮崎市○○町○○	障害児入所施設●●●●	福祉型障害児入所施設		16,000円	15名	240,000円
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

合計 823,000円

(※1) 福祉型障害児入所施設については事業所番号の記載不要です。

(※2) 食事提供体制加算の有無については、通所系サービスのうち、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、児童発達支援のいずれかに該当する場合に選択してください。

(※3) □色の箇所は自動計算となっております。

3 確認事項

以下の全ての要件を満たしているか確認し、□にチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
<input checked="" type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領別表を確認し、対象事業所であることを確認しました。

振込先口座について、次のいずれかの□にチェックを入れてください。原則1をチェックし、特別な事情がある場合は、2、3の順で受取口座を検討してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	1. 宮崎県国民健康保険団体連合会に登録されている介護給付費等の受取口座(2の最上段に記載している事業所の受取口座) 通常法人内の事業所で介護給付等の受給があり、債権譲渡をしていない場合はこちらを選択してください。
<input type="checkbox"/>	2. 令和6年度の予算に係る宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の受取口座 法人内の事業所等で介護給付費等の受給がない場合や、債権譲渡をしている場合はこちらを選択してください。
<input type="checkbox"/>	3. 上記とは別の口座を受取口座とされる場合 上記の口座で受取が出来ない特別な事情がある場合のみ。様式第2号(必要に応じて様式第3号)も御提出ください。

上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。虚偽があった場合はいかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

法人等名 社会福祉法人●●会

代表者名 理事長 ●● ●●

振込口座申出書

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

(事業者)

住所 宮崎市●●●町●●●●●●
法人名 社会福祉法人●●●会
役職・代表者名 理事長 ●● ●●

年 月 日 付で申し出した宮崎県医療・福祉分野における
物価高騰対策緊急支援金について、下記の口座に振り込んでください。

記

申出額 金 1,025,000 円

(振込預金口座)

金融機関名	●●銀行		
支店名	▲▲支店		
金融機関コード	0123	支店コード	456
預金種別	普通		
口座番号	12345678		
(フリガナ)	シャカイフクシホウジン●●カイジチョウ●●●●		
口座名義	社会福祉法人●●●会 理事長 ●● ●●		

担当者名	▲▲ ▲▲
電話番号	0985-00-0000

委任状

宮崎県知事 殿

(受任者) 住所 宮崎市●●●町●●●●●
氏名 社会福祉法人●●会 障害者支援施設▲▲ 施設長 ▲▲

私は、上記の者を代理人と定め、宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住所 宮崎市●●●町●●●●●
法人名 社会福祉法人●●会
役職・代表者名 理事長 ●● ●●

印