

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申請書

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し出ます。

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●●フクシカイ 社会福祉法人●●福祉会
法人等 所在地	郵便番号	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
	メールアドレス	aaaaaa@bbb.jp

2 施設情報

施設名	○○保育園		
設置主体 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 公立		
	<input checked="" type="checkbox"/> 私立		
施設類型 (該当に☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 認可保育所	<input type="checkbox"/> 地域型保育事業	
	<input type="checkbox"/> 幼稚園	<input type="checkbox"/> 特例保育	
	<input type="checkbox"/> 認定こども園	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設	
施設 所在地	郵便番号	880-0000	
	住所(番地・住居番号) (建物名等)	宮崎市●●町●●●●●● ●●ビル3階	

3 支給の対象

(1)基本要件

以下の2つ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"/>	令和7年10月1日以前に運営を開始し、令和8年4月1日時点で運営を継続している施設であること。
<input type="checkbox"/>	令和7年4月1日から令和8年3月31日までのいずれかにサービス提供等の実績のある事業所であること。

(2)その他

以下の3つ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"/>	重複する提出を避けるため、すでに申請書の提出がないことを、運営法人または団体内で確認しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	支給要領第2の1に掲げる事業者要件を満たしていること。
<input checked="" type="checkbox"/>	支給要領第2の2に掲げる施設要件を満たしていること。

4 支援金算定に係る情報

(1)令和7年4月1日時点における利用定員	100		
(2)公立認可施設及び認可外保育施設の該当有無	<input checked="" type="checkbox"/>	該当	<input type="checkbox"/> 非該当

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又は一部を返還いたします。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

法人等名

社会福祉法人●●会

代表者名

理事長 ●● ●●