

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し出ます。

1 基本情報

事業者名	フリガナ	シャカイフクシホウジン●●カイ	
(法人等名)	名称	社会福祉法人●●会	
法人等所在地	〒	880-0000	
	住所(番地・住居番号)	宮崎市●●●町●●●●	
	(建物名等)	●●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	〇〇 〇〇	
	氏名	〇〇 〇〇	
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.in	

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。)

支援金を辞退される場合には、□にチェックを入れてください。

☐	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辞退します。
--------------------------	-------------------------------------

2 支給の対象事業所に関する情報

※辞退のため、支援金は支給されません。

☐	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム又は軽費老人ホームと、通所系事業所が併設又は隣設している場合は、通所系事業所の支援金を5万円とすることを確認し、次の申請に併設及び隣設はありません。
☐	(訪問系・その他(居宅介護支援、福祉用具貸与、特定福祉用具販売))「サービス名」で中山間地域を選択した事業所については、事業所の所在地が特別地域加算対象地域内であることを確認しました。

通し番号	介護保険事業所番号(※1)	事業所の所在地	事業所名	サービス名	支給単価(※2)	定員数(入所系のみ)	申請額(※2)
1	4 5 * * * * * *	宮崎市	訪問介護事業所●●	訪問介護	50,000円		50,000円
2	4 5 * * * * * *	宮崎市	通所介護事業所●●	通所介護	100,000円		100,000円
3	4 5 * * * * * *	宮崎市	介護老人保健施設●●	介護老人保健施設	10,000円	35名	350,000円
4		宮崎市	●●有料老人ホーム	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅	10,000円	50名	500,000円
5							
6							
7							
8							
9							
10							

(※1) 有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては介護保険事業所番号の記載不要。

(※2) の色の箇所は自動計算となっております。変更はしないでください。

合計 1,000,000円

3 申し出に当たっての確認事項

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。

☐	重複する提出を避けるため、今回申請するサービスについて、すでに意思確認書の提出がないことを、法人内で確認しました。
☒	宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
☒	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、対象サービス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。

☒	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報酬の受取口座(介護保険事業所番号がある場合のみ)
	法人内の事業所で介護報酬の受給があり、国保連に登録されている口座で受給を希望される場合はこちらを選択してください。
☐	2. 令和5年9月実施の宮崎県医療・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報酬の受給がない場合や、1の口座で受給できない特別な事情がある場合はこちらを選択してください。 ☐ ※振込口座情報を宮崎県国民健康保険団体連合会に提供することを了承します。
☐	3. 1. の口座とは別の口座を受取口座とされる場合(有料老人ホーム等で介護事業所番号がない場合、債権譲渡をしている場合を含む)
	様式第2号及び口座の写しも御提出ください。 ☐ ※振込口座情報を宮崎県国民健康保険団体連合会に提供することを了承します。

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

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 1,000,000 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 介護老人保健施設▲▲ 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