

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.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。)

支援金を辞退される場合には、口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の支給を辞退します。
-------------------------------------	-------------------------------------

※辞退のため、支援金は支給されません。

2 支給の対象事業所に関する情報

<input checked="" type="checkbox"/>	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、同一建物減算の対象者がいる。
<input checked="" type="checkbox"/>	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)のサービス事業所で、事業所の所在地が特別地域加算対象地域内である。

通し番号	介護保険事業所番号 (※1)	事業所の所在市町村	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)	振込口座
1	4 5 * * * * * * * *	宮崎市	訪問介護事業所●●	訪問介護	68,000円		68,000円	(1)国保連登録口座
2	4 5 * * * * * * * *	宮崎市	介護老人保健施設●●	介護老人保健施設	9,000円	35名	315,000円	(1)国保連登録口座
3		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	16,000円	50名	800,000円	(2)(1)以外の口座
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
合計								1,183,000円

(※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。

振込先口座について(原則は(1)国保連登録口座での振込になります。)

・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を希望する場合は、上の一覧の振込口座で(1)を選択してください。

※介護保険事業所番号をもつサービスや、有料老人ホーム等の介護保険事業所番号をもたないサービスで、同じ法人内の介護保険事業所番号をもつ別サービスの事業所の国保連登録口座への振込を希望する場合、(1)が該当となります。介護保険事業所番号をもたないサービスで(1)に該当する場合は、振込を希望する口座の介護保険事業所番号を上の一覧の介護保険事業所番号の欄にご入力ください。

・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以外の口座への振込を希望する場合は、上の一覧の振込口座で(2)を選択してください。

(2)での振込を希望する場合、様式第2号及び口座の写しも御提出ください。

※有料老人ホーム等で介護事業所番号をもたない場合、(2)が該当となります。(別サービスの国保連登録口座に振り込む場合を除く)

法人変更や、医療保険での訪問看護を行っている等の理由により、令和7年度に法人として介護報酬の受給実績がない場合は、国保連登録口座での振込ができないため、(2)での振込になります。また、この場合、様式第2号と口座の写しに加え、令和7年度中にサービスの提供があったことが分かる資料(サービス提供記録等)も御提出ください。

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、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。
<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、対象サービスであることを確認しました。

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●●カイジジョウ●●●●		
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