

別記様式第1号（第6条関係）

美祢市医療機関等、介護施設等及び障害者支援施設等物価高騰対
申請書（兼請求書）

記入例

令和8年2月6日

美祢市長様

申請者 法人等名 社会福祉法人
代表者名 理事長 美祢

●●
太郎
申請者等情報が反映さ
れます

のことについて、下記のとおり申請します。

1. 申請者等情報

法人等所在地 (通知書送付先)	〒759-2212 山口県美祢市大嶺町東分〇〇〇-〇			
法人等名	社会福祉法人 ●●			
代表者	職名	理事長	氏名	美祢 太郎
申請に関する担当者	所属	特養〇〇	職名/氏名	管理者 秋吉花子
連絡先	電話番号	0837-52-＊＊＊＊	メールアドレス	aaaaaaa@c-able.ne.jp

2. 支援金申請額（内訳は別記様式第1-2号のとおり）

申請額 790,000 円

3. 振込口座情報

金融機関名	ゆうちょ銀行	支店名	五五八 支店
預金種別	普通	口座番号	1234567
(カタカナ)		(郵便局の場合) 通帳をひらいたページの「ゆうちょ銀行 ○○八支店 7桁の口座番号」を記入してください。	
口座名義		※記号-番号ではありません。	

※口座名義人（カタカナ）は通帳

4 添付書類

- (1) 美祢市医療機関等、介護施設等及び障害者支援
書（別記様式第1-2号）

5 確認事項

以下の確認事項に同意します。

（確認事項）

●次の各事項のいずれも該当する者でなければ支援金を給付しない。

- 支援対象者の要件を満たしていること。
- 支給のために提出した書類に虚偽がないこと。
- 要綱第8条の不支給要件に該当しないこと。
- 虚偽が判明した場合は、支援金の返還に応じることに同意すること。
- 個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で市担当課と共有することに同意すること。
- 市税の情報に関して、市担当課が確認することに同意すること。

美祢市医療機関等、介護施設等及び障害者支援施設等物価高騰対策支援金支給申請額内訳書

医療機関名	医療機関コード	所在地	施設区分	病床数 定員数	区分	申請金額 (単位:円)
施設等名	事業所番号		支給対象施設 (サービス種別)			
○○デイサービスセンター	*****	美祢市大嶺町・・・・	地域密着型通所介護	15	通所系	120,000
在宅介護支援センター○○	*****	美祢市大嶺町・・・・	居宅介護支援	-	訪問・相談系	60,000
介護サポート○○	*****	美祢市秋芳町・・・・	訪問介護	-	訪問・相談系	60,000
特別養護老人ホーム○○	*****	美祢市美東町・・・・	特別養護老人ホーム	80	入所系定員61人以上	400,000
特別養護老人ホーム□□	*****	美祢市伊佐町・・・・	地域密着型特別養護老人ホーム	29	入所系定員40人以下	150,000