

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請します。

1 基本情報

申請者等名 (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)	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	○○ ○○	
	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	

2 支給の対象事業所に関する情報

通し番号	所在地		施設(里親)名	支給単価	定員又は 受託児童数	申請額
	郵便番号	住所				
1	880-0000	宮崎市○○町○○	児童養護施設 ○○○○	15,000円	50名	750,000円
2	880-0000	宮崎市○○町○○	地域小規模児童養護施設 ○○○○	15,000円	6名	90,000円
3				15,000円		0円
4				15,000円		0円
5				15,000円		0円

(※1) 地域小規模児童養護施設について、本体施設と合算して受給する場合は下欄に行を分けて記入すること(別で申請することも可)。
(※2) 青色のセルには入力せず、緑色のセルのみ入力すること。

合計 840,000円

3 申請に当たっての確認事項

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。

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 ●● ●●

請求書

宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

(事業者)

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

令和 ●年 ●月 ●日 付で申請した宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金について、下記金額を請求します。

記

請求額 金 840,000 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)	シャカイフクシホジシヨク●●カイレジチョウ●●●●		
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