

宮崎県知事 殿

## 宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金意思確認書

次のとおり、宮崎県医療・福祉分野における食材料費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

|         |                   |  |
|---------|-------------------|--|
| 事業者名    | フリガナ              |  |
| (法人等名)  | 名称                |  |
|         | 〒                 |  |
| 法人等所在地  | 住所(番地・住居番号)       |  |
|         | (建物名等)            |  |
| 代表者     | 職名                |  |
|         | 氏名                |  |
| 書類作成担当者 | フリガナ              |  |
|         | 氏名                |  |
| 連絡先     | 電話番号<br>(日中繋がる番号) |  |
|         | e-mail(アドレス)      |  |

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。)

支援金の受給を辞退される場合には、□にチェックを入れてください。

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金の受給を辞退します。 |
|--------------------------|---------------------------------------|

## 2 支給の対象事業所に関する情報

| 通し番号 | 事業所番号<br>(※1) | 事業所の所在地 |    | 事業所名 | サービス名 | 支給単価<br>(※2) | 定員数<br>(居住系のみ) | 申請額<br>(※2) |
|------|---------------|---------|----|------|-------|--------------|----------------|-------------|
|      |               | 郵便番号    | 住所 |      |       |              |                |             |
| 1    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 2    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 3    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 4    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 5    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 6    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 7    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 8    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 9    |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 10   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 11   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 12   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 13   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 14   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 15   |               |         |    |      |       |              |                |             |
| 合計   |               |         |    |      |       |              |                | 0円          |

(※1) 福祉型障害児入所施設については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。

## 3 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 type="checkbox"/> | 宮崎県医療・福祉分野における食材料費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 type="checkbox"/> | 宮崎県医療・福祉分野における食材料費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。 |

振込先口座について、次のいづれかの□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、4の受取口座を検討してください。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 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給付費等の受取口座(2の最上段に記載している事業所の受取口座)<br>通常法人内の事業所で介護給付費等の受給があり、債権譲渡をしていない場合はこちらを選択してください。 |
| <input type="checkbox"/> | 2. 令和5年度宮崎県医療・福祉分野における物価高騰対策緊急支援金の受取口座(上記1の口座を除く)<br>法人内の事業所等で介護給付費等の受給がない場合や、債権譲渡をしている場合はこちらを選択してください。         |
| <input type="checkbox"/> | 3. 上記とは別の口座を受取口座とされる場合<br>上記の口座で受取が出来ない特別な事情がある場合のみ。様式第2号(必要に応じて様式第3号)も御提出ください。                                 |

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。

年 月 日

法人等名

代表者名