様式第１号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

伊賀市障害福祉サービス事業者等安定運営支援金交付申請書兼請求書

伊賀市長様

申請者

法人所在地

法人名

代表者役職・氏名

※本人の署名がない場合は、記名押印ください。

申請に関する担当者

職名・氏名

電話番号

　伊賀市障害福祉サービス事業者等安定運営支援金の交付を受けたいので、伊賀市障害福祉サービス事業者等安定運営支援金交付要綱第５条の規定により申請します。

　※この申請書は、伊賀市において交付決定をした後は、交付決定日をもって請求日とし、支援金の請求書として取り扱います。

支援金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

【振込口座】（※申請者の口座とします。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号  （右詰めでお書きください。） | | | | | | |
| 銀行  金庫  農協 | 本店  支店  出張所 | 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ）  （通帳の表記に合わせてください。） |  | | | | | | | | |

※ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄へご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 | | | | | | 口座番号  （右詰めでお書きください。） | | | | | | | |
| ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き左上に記載された記号・番号をご記入ください。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ）  （通帳の表記に合わせてください。） |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 交付決定日 | 年　　月　　日 |

様式第２号（第５条関係）

事業所・施設別個票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所・施設の状況 | フリガナ |  | | | 事業所番号 | | |
| 事業所・施設の名称 |  | | |  | | |
| サービス種別 |  | | 定員　　　　人 | | 車両の  所有台数 | 台 |
| 事業所・施設の所在地 | （郵便番号　　　－　　　　） | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 |  | E-mail |  | | |
| 管理者の氏名 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜積算内訳＞ | 事業所・施設におけるガス使用状況 | | |  |  | |
| 事業所・施設における食材費負担状況 | | |  | 申請額 | 円 |
|  | 基準単価 | R7.1 | R7.2 | R7.3 |  | 所要額 |
| サービス提供 |  |  |  |  |  |  |
| 電気 |  |  |  |  |  |  |
| ガス |  |  |  |  |  |  |
| 食材 |  |  |  |  |  |  |
| ガソリン |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |

＜所有する車両一覧＞　車両のナンバーなどを入力してください。ナンバーは右詰めで入力してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 地名 | 分類番号 | | | ひら  がな | 一連指定番号 | | | | |  | 地名 | 分類番号 | | | ひら  がな | 一連指定番号 | | | | |
| 例 | 三重 | 5 | 0 | 0 | み |  | 1 | - | 2 | 3 | 例 | 三重 | 5 | 0 | 0 | え |  |  | - | 4 | 5 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 確認事項 | |
|  | この支援金と対象経費を重複して、伊賀市介護保険サービス事業者等安定運営支援金を受けていない。 |
|  | この支援金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を５年間（令和13年３月末日まで）適切に整備保管する。 |
|  | サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。 |

様式第３号（第５条関係）

誓　　約　　書

今回の伊賀市障害福祉サービス事業者等安定運営支援金の交付申請にあたり、以下の項目についてすべて誓約します。

万一、誓約した内容に偽りがあった場合は、不当に受け取った支援金を伊賀市に速やかに返還します。

○サービス提供を行っている月は、交付申請書の個票に記載した内容と相違ありません。

○申請を行った障害福祉サービス等事業所において、ガスを使用しているため、ガス代の支援の申請を行っています。

○申請を行った障害福祉サービス等事業所において、食材費の負担をしているため、食材費の支援の申請を行っています。

○申請を行った車両について、すべて当方が所有する車両及び当方が賃貸借契約を締結して使用している車両であって、当方が当該車両のガソリン代を負担しています。

令和　　年　　月　　日

法人所在地

法人名

代表者役職・氏名

※本人の署名がない場合は、記名押印ください。

様式第４号（第５条関係）

役員等調書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 申請額 | 円 |

役員等の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| シメイ | 氏名 | 生年月日 | | | | 性別 | 備考  （氏名の異体字など） |
| 元号 | 年 | 月 | 日 |
| (例)ﾊｯﾄﾘ ｼｭｳｿﾞｳ | 服部　修造 | S | 40 | 01 | 01 | M |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |