第１号様式（第６条関係）

**法人名**

**肩書+代表者+捺印**

令和　●　年　●　月　●　日

　多摩市長　殿

所在地　多摩市関戸6-12-1

**代表**

**者印**

事業者名　株式会社多摩介護

代表者名　代表取締役　多摩太郎

多摩市介護保険事業所物価高騰等対策支援給付金支給申請書兼請求書

多摩市介護保険事業所物価高騰等対策支援給付金の支給をされたく、多摩市介護保険事業所物価高騰等対策支援給付金支給要綱第６条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、対策給付金の支給の決定を受けたときは、当該決定の日に対策給付金を請求するので、下記の口座に振り込むよう依頼します。

**法人全体の**

**合計額になります。**

記

１　支給申請額及び請求額　　　　　　　385，０００　　　　　　　　　円

ただし、上記に記載した支給申請額及び請求額と対策給付金の支給の決定により確定　　　した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とします。

２　支給対象事業所

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | サービス種別※ | 事業所名 |
| １ | 1300000000 | 1 | デイサービス多摩介護 |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  | **3枚目の（別紙）サービス種別一覧から該当する番号を記入してください。** |

※（別紙）サービス種別一覧から選択し、該当する番号を記入してください。

３　振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振　　込　　口　　座 | 振込先金融機関 | | |
| 銀　　　行  多 摩　　　　　　　　　　 信金・信組 　　介 護　　　　本店  農　　　協　　　　　　　　　　　　支店 | | |
| （フリガナ）　カ）タマカイゴ | 普通  当座 | 口座番号 |
| 口座名義  株式会社多摩介護 | 00000000 |

４　事業所ごとの支給申請額及び請求額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基本部分対策 給付金※２ | 食料価格高騰部分対策給付金※１ | | | 合計 |
| 基本単価※２ | ４月1日の定員数 | 小計 |
| １ | 250,000円 | 4,500円 | 30人 | 135,000円 | 385,000円 |
| ２ | 円 | 円 | 人 | 円 | 円 |
| ３ | 円 | 円 | 人  **※2の表の金額をもとに、基本部分、食料部分をそれぞれご記入ください。** | 円 | 円 |
| ４ | 円 | 円 | 人 | 円 | 円 |
| ５ | 円 | 円 | 人 | 円 | 円 |

　※１　食料価格高騰部分対策給付金は、（別紙）サービス種別一覧の１～１６の通所系・入所系サービスで食事等を提供している事業所のみが該当です。

　※２　対策給付金の額は次の表のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 基本部分対策給付金  （１事業所当たり） | 食料価格高騰部分対策給付金（定員一人当たり） |
| 通所系サービス | ２５万円 | ４，５００円 |
| 入所系サービス  （特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など） | １６０万円 | １２，０００円 |
| 入所系サービス  （特定施設・グループホームなど） | ３０万円 | １２，０００円 |
| 入所系サービス  （短期入所生活介護・療養介護） | ８万円  **必ず確認のうえ、☑　してください。** | １２，０００円 |
| その他のサービス | ８万円 | － |

５　申請における確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 確　認　内　容  レ | |
| □ | 支給対象事業所は、令和５年４月１日において要綱別表第１に定めるサービスを実施しており、支給の申請時点においても、介護保険事業の廃止又は休止をせず継続的に運営しています。 |
| □ | 対策給付金を申請する法人等は、支給の申請時点において、国、他の地方公共団体等から対策給付金と同種の支給等を受け、又はその申請をしていません。  レ |

**内容確認のうえ、**

**法人名**

**肩書+代表者+捺印**

上記の記載内容に相違がないこと及び多摩市長からの求めがあった場合には記載内容を証明する資料を提出することを誓約するとともに、次の事項に同意します。

⑴　申請の内容について、多摩市長が公簿等により確認すること。

⑵　上記に記載した支給申請額及び請求額と対策給付金の支給の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とすること。

令和　●　年　●　月　●　日　　　　事業者名　株式会社多摩介護

**代表**

**者印**

　 　　　　　　　　　　　　 　代表者名　代表取締役　多摩太郎

６　添付書類

⑴　食事の提供を行っていることを確認できる書類（食料価格高騰部分対策給付金の支給の申請をする者に限る。）

⑵　その他市長が必要と認める書類

（別紙）サービス種別一覧

通所系サービス

１　通所介護

２　（介護予防）通所リハビリテーション

３　地域密着型通所介護

４　（介護予防）認知症対応型通所介護

５　（介護予防）小規模多機能型居宅介護

６　複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）

入所系サービス（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など）

７　介護福祉施設サービス（特別養護老人ホーム）

８　介護保健施設サービス

９　介護医療院サービス

１０　介護療養施設サービス

入所系サービス（特定施設・グループホームなど）

１１　（介護予防）特定施設入居者生活介護

１２　（介護予防）認知症対応型共同生活介護

１３　地域密着型特定施設入居者生活介護

１４　地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

入所系サービス（短期入所）

１５　（介護予防）短期入所生活介護

１６　（介護予防）短期入所療養介護

その他のサービス

１７　訪問介護

１８　（介護予防）訪問入浴介護

１９　（介護予防）訪問看護

２０　（介護予防）訪問リハビリテーション

２１　（介護予防）福祉用具貸与

２２　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

２３　夜間対応型訪問介護

２４　居宅介護支援

２５　介護予防支援

２６　市町村特別給付