第１号様式（第５条関係）

**令和６年10月11日以降の日付を記入**

 令和●年●月●日

（あて先）浜松市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 住所（所在地） | 浜松市中央区●町１１１番地の２ |
| 名称 | 社会福祉法人◎◎◎◎理事長　■■　■■ |
| 代表者氏名 |
| （署名又は記名押印をしてください。） |

**代表者の署名（直筆）**

**又は社印及び代表者印を押印**

補助金交付申請書

浜松市介護老人福祉施設等物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第５条の規定により、補助金交付されたく、関係書類を添えて申請します。

記

**必ず第２号様式の合計額と一致させてください。**

１　補助金交付申請額　　　　　●０，０００ 円

２　市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑を記入）

□　浜松市介護老人福祉施設等物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第３条の規定により、市において、補助金交付事業者の市税の納付又は納入の状況について確認することに同意します。

**同意する場合は下記に☑を記入してください。**

３　暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑を記入）

□　浜松市介護老人福祉施設等物価高騰対策助成事業費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。

（１）次に掲げる者のいずれにも該当しません。

・暴力団（浜松市暴力団排除条例(平成２４年浜松市条例第８１号。以下「条例」という。)第２条第１号に規定する暴力団をいう。）

・暴力団員等（条例第２条第４号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）

・暴力団員等と密接な関係を有する者

・上記３点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

（２）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

添付書類

(1)申請額算出内訳書（第２号様式）

 (2) 市民税・県民税・森林環境税特別徴収義務者指定通知書の写し又は市民税・県民税特別徴収未実施理由書（給与所得者を雇用する法人のみ）

第２号様式（第５条関係）

被保険者番号を記載しますので、取扱いには十分御注意ください。

**令和6年4月１日から令和6年9月30日**までの間の食費の支給対象日の合計日数を記載してください。

申請額算出内訳書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | サービス種類 | 対象者の被保険者番号 | 対象者の保険者 | 対象日の日※１（A） | （A）×２（B）※2 | 申請額※３ |
| 特別養護老人ホーム●● | 介護老人福祉施設 | 1111111111 | ●●市 | 183 | 366 | 36,417 |
| ショートステイ●● | 短期入所生活介護 | 1111111112 | ●●市 | 15 | 30 | 2,985 |
| 特別養護老人ホーム●● | 介護老人福祉施設 | ●●市 | 40 | 80 | 7,960 |
| ショートステイ●● | 短期入所生活介護 | 1111111113 | ●●市 | 85 | 170 | 16,915 |
| 特別養護老人ホーム◆◆ | 地域密着型介護老人福祉施設 | 1111111114 | ●●市 | 6 | 12 | 1,194 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 同一人物が複数の対象施設を利用していた場合、「対象者の被保険者番号」のセルを結合して記載してください。※申請書を提出する前に、記載した被保険者番号に誤りがないことを必ず確認してください。対象者であることが確認できない場合、補助金は交付できません。 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 合計 | 65,471 |

１枚で書ききれない場合は、この用紙を複数使用し最後の用紙の合計欄に申請額を記載してください。

※1　令和６年４月１日から令和６年９月３０日までの間の食費の支給対象日の合計日数を記載してください。

※2　（B）は、（A）に２を乗じた値を記載してください。

※3　申請額は、（B）に補助単価及び補助率を乗じた額（１円未満切り捨て）を記載してください。

第３号様式（第６条関係）

事業実施報告書

事業者名称

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | サービス種類 | 対象者の被保険者番号 | 対象日の日数※１（A） | （A）×２（B）※２ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 記入方法及び内容は第２号様式と同様です。相違なく記載してください。 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

１枚で書ききれない場合は、この用紙を複数使用してください。

※1　令和６年４月１日から令和６年９月３０日までの間の食費の支給対象日の合計日数を記載してください。

※2　（B）は、（A）に２を乗じた値を記載してください。

第８号様式（第９条関係）

**日付は空欄としてください**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　浜松市中央区●町１１１番地の２

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称　社会福祉法人◎◎　◎◎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　理事長　■■　■■

実績報告書

**空欄としてください**

　このことについて、　　　　年　　月　　日付け浜松市指令　　第　　号により補助金の交付決定を受けた浜松市介護老人福祉施設等物価高騰対策助成事業が完了したので報告します。

記

**第１号様式又は第６号様式の変更承認申請額と同額を記載してください。**

１　交付決定額　　　　　金●０，０００ 円

２　確定を受けたい額　　金●０，０００ 円

（添付書類）

　(1)別紙「事業実施報告書」（第３号様式）のとおり

　(2) その他市長が必要と認めるもの

第１０号様式（第１１条関係）

日付は空欄としてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 住所（所在地） | 浜松市中央区●町１１１番地の２ |
| 名称 | 社会福祉法人◎◎　◎◎ |
| 代表者氏名 | 理事長　■■　■■ |

押印

不要

補助金交付請求書

　　年　　月　　日付け浜健介　　　第　　　号により補助金の交付確定を受けた浜松市介護老人福祉施設等物価高騰対策助成事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

第１号様式又は第６号様式の変更承認申請額と同額を記載してください。

１　金額　　　　　　　金●０，０００ 円

２　振込先

**空欄としてください**

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行　　　　　　　　　営業本部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店信用金庫　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所農　　協 |
| 口座種別 | 普　通　・　当　座　・　その他 |
| 口座番号 | ００１１１１１７桁で記載。 |
| 口座名義（カナ） | カブシキガイシヤ●●ダイヒヨウトリシマリヤク◇◇　□□ |

必ずカナを記載。