別記様式第１号（第４条関係）

多治見市高齢者福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

多治見市長

申　 請 　者　〒

　　　　　　　　　所　 在　 地

　　　　　　　　　名　　　　称

　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(※)

　　　　　　　　　　　　　　(※)記名押印をしてください。（代表者本人が自署するときを除く。）

　多治見市高齢者福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱第４条第１項の規定により、次のとおり申請及び請求をします。

　なお、同要綱第８条の規定に該当する場合は、当該支援金の全部又は一部を返還します。

１．申請に係る事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 多治見市 |

２．交付申請額（請求額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３．支援金振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名（銀行コード） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 支　店　名（支店コード） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 預金種別 | １ 普通預金　・　２ 当座預金　・　３ その他（　　　　　）　　 |
| 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【誓約及び同意】

１　市税等を滞納していないこと（市長に対して分納の誓約をし、かつ、誠実に履行していること）を誓います。

２　多治見市暴力団排除条例第２条第１号に規定する暴力団又は同条第２号に規定する暴力団員等でないこと、また、今後もこれらに該当しないことを誓います。

３　市税等の納付状況について確認することに同意します。

※市税等：本市における市税、水道料金、下水道使用料、下水道事業受益者負担金、し尿処理手数料又は農業集落排水処理施設使用料

（表面）

４．申請区分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 申請区分（〇印） | 申請・請求金　　　額 | 実施サービス（〇印） |
| 訪問サービスⅠ |  | 100,000円 | 居宅介護支援 |
| 訪問サービスⅡ |  | 100,000円 | 訪問介護（ホームヘルプサービス）第１号訪問事業（介護予防・日常生活支援総合事業）訪問入浴介護 |
| 訪問サービスⅢ |  | 100,000円 | 訪問看護訪問リハビリテーション |
| 訪問サービスⅣ |  | 100,000円 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 通所サービス |  | 200,000円 | 通所介護（デイサービス）第１号通所事業（介護予防・日常生活支援総合事業）地域密着型通所介護（小規模デイサービス）通所リハビリテーション認知症対応型通所介護 |
| 入所サービスⅠ |  | 200,000円 | 施設定員10人未満200,000円施設定員10人以上50人未満300,000円施設定員50人以上500,000円 | 短期入所生活介護（ショートステイ）短期入所療養介護（ショートステイ） |
|  | 300,000円 |
|  | 500,000円 |
| 入所サービスⅡ |  | 200,000円 | 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）介護老人保健施設（老人保健施設）地域密着型介護老人福祉施設 |
|  | 300,000円 |
|  | 500,000円 |
| 入所サービスⅢ |  | 200,000円 | 特定施設養護老人ホーム軽費老人ホーム |
|  | 300,000円 |
|  | 500,000円 |
| 入所サービスⅣ |  | 200,000円 | 施設定員10人未満200,000円施設定員10人以上50人未満300,000円 | 認知症対応型共同生活介護（グループホーム） |
|  | 300,000円 |
| 入所サービスⅤ |  | 200,000円 | 小規模多機能型居宅介護 |

（裏面）