

様式記載例

(記載例目次)

A 病院等

<施設等が1つのみ場合>

- A-1 病院、A-2 有床診療所
- A-3 無床診療所、歯科診療所、A-4 助産所

<施設等が複数ある場合>

- 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン
- 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

B 高齢者施設

<施設等が1つのみ場合>

- B-1 入所系事業所
- B-2 短期入所系事業所、B-3 通所系事業所、B-4 多機能型事業所
- B-5 訪問系事業所

<施設等が複数ある場合>

- 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン
- 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

C 障害福祉施設

<施設等が1つのみ場合>

- C-1 入所系事業所
- C-2 通所系事業所
- C-3 就労継続支援事業所、C-4 訪問系事業所、C-5 相談系事業所

<施設等が複数ある場合>

- 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン
- 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

D 保険薬局

<施設等が1つのみ場合>

<施設等が複数ある場合>

- 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

E 地域共生ステーション

F 救護施設

G 更生保護施設

H 児童養護施設等

<施設等が1つのみ場合>

- ・H-1 児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設
- ・H-2 母子生活支援施設、女性自立支援施設、H-3 自立援助ホーム、
H-4 ファミリーホーム

<施設等が複数ある場合>

- ・複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

I 保育所・幼稚園等

<施設等が1つのみ場合>

- ・I-1 保育所、I-2 幼稚園、I-3 認定こども園、I-4 認可外保育園、
I-5 地域型保育事業
- ・I-6 放課後児童クラブ

<施設等が複数ある場合>

- ・複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン
- ・複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

J あん摩等施術所

<施設等が1つのみ場合>

<施設等が複数ある場合>

- ・複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

K 歯科技工所

<施設等が1つのみ場合>

<施設等が複数ある場合>

【対象先リスト】（大分類・中分類）

A	病院等	
A-1	病院	加算あり
A-2	有床診療所	
A-3	無床診療所、歯科診療所	加算なし
A-4	助産所	
B	高齢者施設	
B-1	高齢者施設/入所系事業所	
B-2	高齢者施設/短期入所系事業所	加算あり
B-3	高齢者施設/通所系事業所	
B-4	高齢者施設/多機能型事業所	
B-5	高齢者施設/訪問系事業所	加算なし
C	障害福祉施設	
C-1	障害福祉施設/入所系事業所	
C-2	障害福祉施設/通所系事業所	加算あり
C-3	障害福祉施設/就労継続支援事業所	
C-4	障害福祉施設/訪問系事業所	加算なし
C-5	障害福祉施設/相談系事業所	
D	保険薬局	加算なし
E	地域共生ステーション	加算なし
F	救護施設（入所）	加算あり
G	更生保護施設（入所）	加算あり
H	児童養護施設等	
H-1	児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設	加算あり
H-2	母子生活支援施設、婦人保護施設	
H-3	自立援助ホーム	加算なし
H-4	ファミリーホーム	
I	保育所・幼稚園等	
I-1	保育所	
I-2	幼稚園	
I-3	認定こども園	加算あり
I-4	認可外保育施設	
I-5	地域型保育事業	
I-6	放課後児童クラブ	加算なし
J	あん摩等施術所	加算なし
K	歯科技工所	加算なし

A：病院等

<施設等が1つのみの場合> A-1 病院、A-2 有床診療所

記載例

A-1, 2

A-1 病院

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職種・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名 (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 医療機関名

--

3. 保険医療機関コード等

--

※A-1~A-3(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-4(助産所)は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、
助産所コード通知書の写しを添付してください。

4. 病床数(※自動計算のため入力不要)
(A-1、A-2に該当する場合)

10	床	※令和7年3月末時点の病床数
注)令和6年4月1日~令和7年3月31日の間休業していた 病床を除いた数で記載してください。		

5. 申請額(※自動計算のため入力不要)

- | | | |
|-----------|---------|--------------|
| ①基準単価(円): | 180,000 | 円 (=①+②) |
| ②加算(円): | 40,000 | |
| | 140,000 | ※14,000円×病床数 |

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

イリヨウハウジン マルマルカイ			
医療法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
イリヨウハウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が1つのみの場合> A-3 無床診療所、歯科診療所、A-4 助産所

記載例

A-3, 4

A-3 無床診療所、歯科診療所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職種・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名 (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 医療機関名

--

3. 保険医療機関コード等

--

※A-1~A-3(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-4(助産所)は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、
助産所コード通知書の写しを添付してください。

4. 病床数(※自動計算のため入力不要)
(A-1、A-2に該当する場合)

床	※令和7年3月末時点の病床数
	注)令和6年4月1日~令和7年3月31日の間休業していた 病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額(※自動計算のため入力不要)

- ①基準単価(円): 40,000 円 (=①+②)
- ②加算(円): ※14,000円×病床数

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

イリヨウハウジン マルマルカイ			
医療法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
イリヨウハウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

A: パターン①

事例: 病院を複数経営

A 病院等

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の 職種・氏名 (フリガナ)
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名 (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。

2. 医療機関名

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

様式1-1号に記載のとおり

※A-1~A-3(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-4(助産所)は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、
助産所コード通知書の写しを添付してください。

4. 病床数(※自動計算のため入力不要)
(A-1、A-2に該当する場合)

40 床 ※令和7年3月末時点の病床数

注)令和6年4月1日~令和7年3月31日の間休床していた

病床数を除いた数で記載してください。

5. 申請額(※自動計算のため入力不要)

640,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

②加算(円):

560,000 ※14,000円×病床数

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

サガ タロウ
佐賀 太郎
〒123-4567
サガケンサガシ
佐賀県佐賀市1-1-1
123-456-7890
123-456-7891
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店
(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123
1 普通預金 2. 当座預金
サガ タロウ
1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書
(A 病院等用)

令和 年 月 日

区分 A-1 病院 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円
 ②加算 : 14,000 円 / 床 円

保険医療機関コード等	医療機関名	病床数
	A病院	20 床
	B病院	20 床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
	2 医療機関	40 床

注) 令和6年4月1日～令和7年3月31日の間休床していた病床があれば、その病床数を除いた数で記載してください。

区分 A-2 有床診療所 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円
 ②加算 : 14,000 円 / 床 円

保険医療機関コード等	医療機関名	病床数
		床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
	0 医療機関	0 床

注) 令和6年4月1日～令和7年3月31日の間休床していた病床があれば、その病床数を除いた数で記載してください。

区分 A-3 無床診療所
 歯科診療所 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円

保険医療機関コード等	医療機関名
	0 医療機関

区分 A-4 助産所 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円

保険医療機関コード等	医療機関名
	0 医療機関

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

記載例

A: パターン②

事例: A-1とA-2を複数経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職種・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名 (フリガナ)

A 病院等	
※様式1号は、大分類(A~J)毎に作成してください。	
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。	
※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 医療機関名

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

様式1-1号に記載のとおり

※A-1~A-3(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。
 ※A-4(助産所)は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、
 助産所コード通知書の写しを添付してください。

4. 病床数(※自動計算のため入力不要)
(A-1、A-2に該当する場合)

50 床 ※令和7年3月末時点の病床数

注)令和6年4月1日~令和7年3月31日の間休床していた
 病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額(※自動計算のため入力不要)

820,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

120,000

②加算(円):

700,000 ※14,000円×病床数

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

サガ タロウ			
佐賀 太郎			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1 普通預金		2. 当座預金	
サガ タロウ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書
(A 病院等用)

令和 年 月 日

区分 A-1 病院 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円
 ②加算 : 14,000 円 / 床 円

保険医療機関コード等	医療機関名	病床数
	A病院	20 床
	B病院	20 床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
	2 医療機関	40 床

注) 令和6年4月1日～令和7年3月31日の間休床していた病床があれば、その病床数を除いた数で記載してください。

区分 A-2 有床診療所 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円
 ②加算 : 14,000 円 / 床 円

保険医療機関コード等	医療機関名	病床数
	A診療所	10 床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
		床
	1 医療機関	10 床

注) 令和6年4月1日～令和7年3月31日の間休床していた病床があれば、その病床数を除いた数で記載してください。

区分 A-3 無床診療所
 歯科診療所 円
 ①基準単価: 20,000 円 / 医療機関 円

保険医療機関コード等	医療機関名
	0 医療機関

区分 A-4 助産所 円
 ①基準単価: 40,000 円 / 医療機関 円

保険医療機関コード等	医療機関名
	0 医療機関

B：高齡者施設

<施設等が1つのみの場合> B-1 入所系事業所

記載例

B-1

B-1 高齢者施設/入所系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

②代表者職・氏名 (フリガナ)

③法人所在地 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 対象事業所名

●●老人ホーム

3. サービス種別

g.養護老人ホーム

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

30 名 ※令和7年3月末時点の定員数

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

160,000 円 (=①+②)

40,000

※入所系事業所B-1.C-1:40,000円、その他事業所:20,000円

120,000

※入所系事業所B-1.C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2.3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード)

0001

(支店コード)

123

1. 普通預金

2. 当座預金

マルマル カブシキガイシャ

1234567

記載例

B-2~4

B-2 高齢者施設/短期入所系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

②代表者職・氏名 (フリガナ)

③法人所在地 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 対象事業所名

●●の里

3. サービス種別

c.短期入所生活介護

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

30 名 ※令和7年3月末時点の定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

5. 申請額

80,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

20,000

※入所系事業所B-1.C-1:40,000円、その他事業所:20,000円

②加算(円):

60,000

※入所系事業所B-1.C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2.3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

②所在地 (郵便番号)

〒123-4567

(フリガナ)

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)

123-456-7890

(FAX)

123-456-7891

④振込口座 (金融機関名)

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(預金種別)

1. 普通預金

2. 当座預金

(口座名義人)※カナ

マルマル カブシキガイシャ

(口座番号)

1234567

<施設等が1つのみの場合> B-5 訪問系事業所

記載例

B-5

B-5 高齢者施設/訪問系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

②代表者職・氏名 (フリガナ)

③法人所在地 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。
〒

2. 対象事業所名

●●の里

3. サービス種別

c.訪問入浴介護

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

名 ※令和7年3月末時点の定員数

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

20,000	円 (=①+②)
20,000	※入所系事業所B-1.C-1:40,000円、その他事業所:20,000円
	※入所系事業所B-1.C-1:4,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2.3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシャ			
1234567			

B 高齢者施設

B-1 入所系事業所	B-2 短期入所系事業所	B-3 通所系事業所	B-4 多機能型事業所	B-5 訪問系事業所
a 介護老人福祉施設	a 短期入所生活介護	a 通所介護	a 小規模多機能型居宅介護	a 訪問介護
b 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	b 短期入所療養介護	b 通所介護（サテライト）	b 看護小規模多機能型居宅介護	b 訪問介護（サテライト）
c 介護老人保健施設		c 地域密着型通所介護		c 訪問入浴介護
d 介護医療院		d 認知症対応型通所介護		d 訪問看護
e 介護療養型医療施設		e 通所リハビリテーション		e 訪問看護（サテライト）
f 認知症対応型共同生活介護				f 訪問リハビリテーション
g 養護老人ホーム				g 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
h 軽費老人ホーム（ケアハウス）				h 夜間対応型訪問介護
i 介護付き有料老人ホーム				i 居宅介護支援
j 住宅型有料老人ホーム				j 福祉用具貸与・特定福祉用具販売
k サービス付き高齢者向け住宅				
加算あり	加算あり	加算あり	加算あり	加算なし

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

B: パターン①

B 高齢者施設

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

事例：養護老人ホームを複数経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

②代表者職・氏名 (フリガナ)

③法人所在地 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 対象事業所名

様式1-1号に記載のとおり

3. サービス種別

様式1-1号に記載のとおり

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

60 名 ※令和7年3月末時点の定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

5. 申請額

320,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円

②加算(円):

240,000

※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

マルマル カブシキガイシヤ

〇〇 株式会社

②所在地 (郵便番号)

〒123-4567

(フリガナ)

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)

123-456-7890

(FAX)

123-456-7891

④振込口座 (金融機関名)

●●●●

銀行)信用金庫・信用組合 △△支店

(預金種別)

1. 普通預金

2. 当座預金

(口座名義人)※カナ

マルマル カブシキガイシヤ

(口座番号)

1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

記載例

B：パターン②

事例：B-1とB-5を複数経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
- ②代表者職・氏名 (フリガナ)
- ③法人所在地 (フリガナ)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

B 高齢者施設	
※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。	
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。	
※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。	
〒	

2. 対象事業所名

様式1-1号に記載のとおり

3. サービス種別

様式1-1号に記載のとおり

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

25	名 ※令和7年3月末時点の定員数
----	------------------

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

160,000	円 (=①+②)
60,000	※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円
100,000	※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

マルマル カブシキガイシヤ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行)信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
(預金種別)	1. 普通預金	2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシヤ			
1234567			

B 高齢者施設

B-1 入所系事業所	B-2 短期入所系事業所	B-3 通所系事業所	B-4 多機能型事業所	B-5 訪問系事業所
a 介護老人福祉施設	a 短期入所生活介護	a 通所介護	a 小規模多機能型居宅介護	a 訪問介護
b 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	b 短期入所療養介護	b 通所介護（サテライト）	b 看護小規模多機能型居宅介護	b 訪問介護（サテライト）
c 介護老人保健施設		c 地域密着型通所介護		c 訪問入浴介護
d 介護医療院		d 認知症対応型通所介護		d 訪問看護
e 介護療養型医療施設		e 通所リハビリテーション		e 訪問看護（サテライト）
f 認知症対応型共同生活介護				f 訪問リハビリテーション
g 養護老人ホーム				g 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
h 軽費老人ホーム（ケアハウス）				h 夜間対応型訪問介護
i 介護付き有料老人ホーム				i 居宅介護支援
j 住宅型有料老人ホーム				j 福祉用具貸与・特定福祉用具販売
k サービス付き高齢者向け住宅				
加算あり	加算あり	加算あり	加算あり	加算なし

C：障害福祉施設

<施設等が1つのみの場合> C-1 入所系事務所

記載例

C-1

C-1 障害福祉施設/入所系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 対象事業所名

●●ホーム

3. サービス種別

d 福祉ホーム

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

30 名 ※令和7年3月末時点の定員数

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

160,000	円 (=①+②)
40,000	※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円
120,000	※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシャ			
1234567			

<施設等が1つのみの場合> C-2 通所系事務所

記載例

C-2

C-2 障害福祉施設/通所系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 対象事業所名

●●デイサービス

3. サービス種別

i 放課後等デイサービス

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

10 名 ※令和7年3月末時点の定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

5. 申請額

40,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

20,000

※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円

②加算(円):

20,000

※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

②所在地 (郵便番号)

〒123-4567

(フリガナ)

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)

123-456-7890

(FAX)

123-456-7891

④振込口座 (金融機関名)

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード)

0001

(支店コード)

123

(預金種別)

1. 普通預金

2. 当座預金

(口座名義人)※カナ

マルマル カブシキガイシャ

(口座番号)

1234567

<施設等が1つのみの場合> C-3 就労支援事業所

記載例

C-3

C-3 障害福祉施設/就労継続支援事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 対象事業所名

●●工房

3. サービス種別

b 就労継続支援B型

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

20	名	※令和7年3月末時点の定員数
----	---	----------------

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

60,000	円 (=①+②)
20,000	※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円
40,000	※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシャ			
1234567			

<施設等が1つのみの場合> C-4 訪問系事業所、C-5 相談系事業所

記載例

C-4, 5

C-4 障害福祉施設/訪問系事業所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。
〒

2. 対象事業所名

●●の里

3. サービス種別

b 重度訪問介護

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

■■■■ 名 ※令和7年3月末時点の定員数

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

20,000	円 (=①+②)
20,000	※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所:20,000円
■■■■	※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシヤ			
〇〇 株式会社			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
(預金種別)	1. 普通預金	2. 当座預金	
マルマル カブシキガイシヤ			
1234567			

C 障害福祉施設

C-1 入所系事業所	C-2 通所系事業所	C-3 就労継続支援事業所	C-4 訪問系事業所	C-5 相談系事業所
a 障害者支援施設 b 障害児入所施設 c 共同生活援助 d 福祉ホーム	a 療養介護 b 生活介護 c 短期入所（単独型・併設型） d 自立生活援助 e 自立訓練（生活訓練） f 自立訓練（機能訓練） g 就労移行支援 h 児童発達支援（センター含む） i 放課後等デイサービス j 地域活動支援センター	a 就労継続支援A型 b 就労継続支援B型	a 居宅介護 b 重度訪問介護 c 同行援護 d 行動援護 e 就労定着支援 f 保育所等訪問支援 g 居宅訪問型児童発達支援	a 計画相談支援 b 障害児相談支援 c 一般相談支援（定着・移行） d 障害者就業・生活支援センター e 発達障害者支援センター
加算あり	加算あり	加算あり	加算なし	加算なし

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

C: パターン①

C 障害福祉施設

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

事例：障害者支援施設を複数経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 対象事業所名

様式1-1号に記載のとおり

3. サービス種別

様式1-1号に記載のとおり

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

25

名 ※令和7年3月末時点の定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

5. 申請額

180,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所系事業所B-1.0-1:40,000円、その他事業所: 20,000円

②加算(円):

100,000

※入所系事業所B-1.C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2.3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

マルマル カブシキガイシヤ

〇〇 株式会社

②所在地 (郵便番号)

〒123-4567

(フリガナ)

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)

123-456-7890

(FAX)

123-456-7891

④振込口座 (金融機関名)

●●●●

銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード)

0001

(支店コード)

123

(預金種別)

1

普通預金

2. 当座預金

(口座名義人)※カナ

マルマル カブシキガイシヤ

(口座番号)

1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書
(C 障害福祉施設用)

令和 年 月 日

区分 C-1 入所系事業所 円

①基準単価: 40,000 円 / 施設
②加算 : 4,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
a 障害者支援施設	●●支援所	15 名
a 障害者支援施設	××支援所	10 名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	2 施設	25 名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらに合算定員を計上すること。

区分 C-2 通所系事務所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設
②加算 : 2,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	0 施設	0 名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらには定員を計上しないこと。

※空床型の短期入所は交付対象外なので記入しないこと。

※合算定員のサービスの場合は、リストの並びが上に来るサービスに合算定員を計上し、下に来るサービスの定員は0とすること。

(例: 児発・放デイで合算10名の場合、児発=10名、放デイ=0名)

区分 C-3 就労継続支援事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設
②加算 : 2,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
		名
合計	0 施設	0 名

区分 C-4 訪問系事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	0 施設

区分 C-5 相談系事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	0 施設

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

記載例

C：パターン②

事例：C-1とC-5を複数経営

C 障害福祉施設

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【B・C用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

②代表者名 (フリガナ)

③法人所在地

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

**※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。**

2. 対象事業所名

様式1-1号に記載のとおり

3. サービス種別

様式1-1号に記載のとおり

※(Bの場合) 別添の高齢者施設リストから選択し、記載してください。

(Cの場合) 別添の障害福祉施設リストから選択し、記載してください。

4. 定員数

15 名 ※令和7年3月末時点の定員数

(B-1~4、C-1~3に該当がある場合)

5. 申請額

120,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

60,000

※入所系事業所B-1,C-1:40,000円、その他事業所: 20,000円

②加算(円):

60,000

※入所系事業所B-1,C-1:4,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2,3:2,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

②所在地 (郵便番号)

〒123-4567

(フリガナ)

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)

123-456-7890

(FAX)

123-456-7891

④振込口座 (金融機関名)

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード)

0001

(支店コード)

123

(預金種別)

1 普通預金

2. 当座預金

(口座名義人)※カナ

マルマル カブシキガイシャ

(口座番号)

1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書
(C 障害福祉施設用)

令和 年 月 日

区分 C-1 入所系事業所 円

①基準単価: 40,000 円 / 施設
②加算 : 4,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
a 障害者支援施設	●●支援所	15 名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	1 施設	15 名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらに合算定員を計上すること。

区分 C-2 通所系事務所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設
②加算 : 2,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	0 施設	0 名

※医療型児童入所と療養介護の合算定員の場合は、こちらには定員を計上しないこと。

※空床型の短期入所は交付対象外なので記入しないこと。

※合算定員のサービスの場合は、リストの並びが上に来るサービスに合算定員を計上し、下に来るサービスの定員は0とすること。

(例: 児発・放デイで合算10名の場合、児発=10名、放デイ=0名)

区分 C-3 就労継続支援事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設
②加算 : 2,000 円 / 名

円
 円

サービス種別	事業所名	定員
		名
		名
		名
		名
合計	0 施設	0 名

区分 C-4 訪問系事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	0 施設

区分 C-5 相談系事業所 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
b 障害児相談支援	●●相談所
合計	1 施設

C 障害福祉施設

C-1 入所系事業所	C-2 通所系事業所	C-3 就労継続支援事業所	C-4 訪問系事業所	C-5 相談系事業所
a 障害者支援施設 b 障害児入所施設 c 共同生活援助 d 福祉ホーム	a 療養介護 b 生活介護 c 短期入所（単独型・併設型） d 自立生活援助 e 自立訓練（生活訓練） f 自立訓練（機能訓練） g 就労移行支援 h 児童発達支援（センター含む） i 放課後等デイサービス j 地域活動支援センター	a 就労継続支援A型 b 就労継続支援B型	a 居宅介護 b 重度訪問介護 c 同行援護 d 行動援護 e 就労定着支援 f 保育所等訪問支援 g 居宅訪問型児童発達支援	a 計画相談支援 b 障害児相談支援 c 一般相談支援（定着・移行） d 障害者就業・生活支援センター e 発達障害者支援センター
加算あり	加算あり	加算あり	加算なし	加算なし

D：保險藥局

<施設等が1つのみの場合>

記載例

D

D 保険薬局

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

3. 保険医療機関コード等

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

20,000 円 (=①+②)

20,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシヤ

〇〇 株式会社

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123

1) 普通預金 2) 当座預金

マルマル カブシキガイシヤ

1234567

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

D

複数店舗経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

様式1-1号に記載のとおり

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

80,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

マルマル カブシキガイシャ

〇〇 株式会社

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123

1. 普通預金 2. 当座預金

マルマル カブシキガイシャ

1234567

E：地域共生ステーション

記載例

E

E 地域共生ステーション

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

3. 保険医療機関コード等

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

20,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

20,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

シヤカイクシホウジン マルマルカイ
社会福祉法人 ○○会
〒123-4567
サガケンサガシ
佐賀県佐賀市1-1-1
123-456-7890
123-456-7891
●●●● 銀行 信用金庫 信用組合 △△支店
(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123
1. 普通預金 2. 当座預金
シヤカイクシホウジン マルマルカイ
1234567

F：救護施設

記載例

F

F 救護施設(入所)

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①名称 (フリガナ)
又は氏名
②代表者名 (フリガナ)
③住所 (フリガナ)
④連絡先: (電話)
(メール)
⑤担当者名: (フリガナ)

Form fields for applicant information, including a red instruction: ※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

Field for facility name

3. 保険医療機関コード等

Field for insurance/medical codes

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

20

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。
※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。
※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

Table with 2 columns: Item, Amount. Row 1: 120,000円 (=①+②). Row 2: ①基準単価(円): 40,000. Row 3: ②加算(円): 80,000.

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

※病院:30,000円×病床数
入所施設:10,000円×定員数、通所施設5,000円×定員数
(注:費用、申請開始/申請終了日等)

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
③連絡先 (電話)
(FAX)
④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

Form for bank transfer details: シヤカイクシホウジン マルマルカイ 社会福祉法人 ○○会 〒123-4567 サガケンサガシ 佐賀県佐賀市1-1-1 123-456-7890 123-456-7891 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店 (金融機関コード) 0001 (支店コード) 123 1. 普通預金 2. 当座預金 シヤカイクシホウジン マルマルカイ 1234567

G：更生保護施設

記載例

G

G 更生保護施設(入所)

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①名称 (フリガナ)
又は氏名
②代表者名 (フリガナ)
③住所 (フリガナ)
④連絡先: (電話)
(メール)
⑤担当者名: (フリガナ)

Form fields for applicant information, including a red notice: ※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

Facility name input field

3. 保険医療機関コード等

Insurance code input field

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

20

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。
※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。
※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

Table with 2 columns: Item, Amount. ①基準単価(円): 40,000; ②加算(円): 80,000; Total: 120,000

円 (=①+②)

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
③連絡先 (電話)
(FAX)
④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

Bank transfer details form for シヤカイフクシホウジン マルマルカイ 社会福祉法人 ○○会

H：児童養護施設等

<施設等が1つのみの場合> H-1 児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設

記載例

H-1

H-1 児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。
〒

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

25 名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

140,000	円 (=①+②)
40,000	
100,000	

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

シヤカイフクシホウジン マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● (銀行) 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
シヤカイフクシホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が1つのみの場合>

H-2 母子生活支援施設、女性自立支援施設、H-3 自立援助ホーム、H-4 ファミリーホーム

記載例

H-2~4

H-2 母子生活支援施設、女性自立支援施設

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

40,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

40,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

--

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

シヤカイフクシホウジン マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● (銀行) 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
シヤカイフクシホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

H

H-1内で複数施設経営

H 児童養護施設等

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①名称 (フリガナ)
又は氏名
- ②代表者名 (フリガナ)
- ③住所 (フリガナ)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険薬局は、保険医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

30

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

200,000
80,000
120,000

円 (=①+②)

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)
(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガン			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫 信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
1234567			

Ⅰ：保育所・幼稚園等

<施設等が1つのみの場合>

I-1 保育所、I-2 幼稚園、I-3 認定こども園、I-4 認可外保育園、I-5地域型保育事業

記載例

I-1~5

I-1 保育所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名(店舗名、園名等)

3. 保険医療機関コード等

※D 保険薬局は、保健医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

20 名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園に

ついては、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員

または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

40,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

20,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

②加算(円):

20,000

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

シヤカイフクシ Housing マルマルカイ

社会福祉法人 ○○会

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード) 0001 (支店コード) 123

1) 普通預金 2) 当座預金

シヤカイフクシ Housing マルマルカイ

1234567

記載例

I-6

I-6 放課後児童クラブ

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①名称 (フリガナ)

又は氏名

②代表者名 (フリガナ)

③住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って記載をお願いします。
〒

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険薬局は、保健医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

	名/世帯 ※申請日の前月末時点の数
	※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。
	※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。
	※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。
	※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算(円):

	20,000	円 (=①+②)
	20,000	
		※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
	1. 普通預金		2. 当座預金
シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

I: パターン①

事例: 保育所を複数経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①名称 (フリガナ)
又は氏名
- ②代表者名 (フリガナ)
- ③住所 (フリガナ)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

I 保育所・幼稚園等	
※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。	
※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。	
※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名(店舗名、園名等)

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

XXXXXXXXXX

※D 保険薬局は、保健医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

45

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園に

ついては、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員
または暫定定員を記載してください。

※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載
してください。

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

85,000	円 (=①+②)
40,000	
45,000	

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890		123-456-7891	
●●●●		銀行・信用金庫・信用組合 △△支店	
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
シヤカイクシホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が複数の中分類にまたがって存在するパターン

記載例

I: パターン②

I 保育所・幼稚園等

※様式1号は、大分類(K~J)毎に作成してください。
 ※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

事例: I-1とI-2を経営

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【D~I用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①名称 (フリガナ)
又は氏名
- ②代表者名 (フリガナ)
- ③住所 (フリガナ)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

〒

2. 施設名(店舗名、園名等)

様式1-1号に記載のとおり

3. 保険医療機関コード等

※D 保険薬局は、保健医療機関コードを記入してください。

4. 定員数

75

名/世帯 ※申請日の前月末時点の数

(F、G、H-1、I-1~5に該当がある場合)

※保育所、認定こども園、地域型保育事業所、施設型給付費を受けている幼稚園については、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。
 ※児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設については、令和6年4月1日時点の定員または暫定定員を記載してください。
 ※母子生活支援施設、女性自立支援施設においては、別途県が指示する人数を記載して下さい。
 ※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和6年4月1日時点の定員を記載して下さい。

5. 申請額

135,000 円 (=①+②)

- ①基準単価(円):
- ②加算(円):

60,000
75,000

※入所施設:40,000円、入所施設以外:20,000円

6. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

シヤカイクシ Housing マルマルカイ			
社会福祉法人 ○○会			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890		123-456-7891	
●●●● (銀行)信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
シヤカイクシ Housing マルマルカイ			
1234567			

J：あん摩等施術所

<施設等が1つのみの場合>

記載例

J

J あん摩等施術所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

※同一施設であん摩マッサージ師、はり師、きゆう師等に関する法律の規定に基づき開設している施術所と柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所を運営されている場合は、いずれか一方での申請になります。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【J用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)

(個人事業主の場合は、代表者名)

②代表者の (フリガナ)
職種・氏名

③法人住所 (フリガナ)

(個人事業主の場合は、代表施設の住所)

④連絡先: (電話)

(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。
〒

2. 施術所名

--

3. 申請額(※自動入力)

20,000 円

①基準単価(円):

20,000

4. 振込先

①法人名 (フリガナ)

(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)

(フリガナ)

③連絡先 (電話)

(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

サガ タロウ			
佐賀 太郎			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
サガ タロウ			
1234567			

<施設等が複数ある場合> 複数の施設等が1つの中分類に存在するパターン

記載例

J

複数店舗経営

J あん摩等施術所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

※同一施設であん摩マッサージ師、はり師、きゆう師等に関する法律の規定に基づき開設している施術所と柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所を経営されている場合は、いずれか一方での申請になります。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書【J用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)

②代表者の (フリガナ)
職種・氏名

③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)

④連絡先: (電話)
(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。
〒

2. 施術所名

様式1-1号に記載のとおり

3. 申請額(※自動入力)

40,000 円

①基準単価(円):

40,000

4. 振込先

①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)

③連絡先 (電話)
(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

サガ タロウ			
佐賀 太郎			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
サガ タロウ			
1234567			

K：齒科技工所

<施設等が1つのみの場合>

記載例

K

K 歯科技工所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【K用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)

②代表者の (フリガナ)
職種・氏名

③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)

④連絡先: (電話)
(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って
記載をお願いします。

2. 施設名

3. 申請額(※自動入力)

20,000 円

①基準単価(円):

20,000

4. 振込先

①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)

②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)

③連絡先 (電話)
(FAX)

④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)

(口座名義人)※カナ

(口座番号)

サガ タロウ

佐賀 太郎

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

123-456-7890

123-456-7891

●●●● 銀行 信用金庫・信用組合 △△支店

(金融機関コード)

0001

(支店コード)

123

1. 普通預金

2. 当座預金

サガ タロウ

1234567

<施設等が複数ある場合>

記載例

K

複数施設経営

K 歯科技工所

※様式1号は、大分類(A~K)毎に作成してください。

※中分類に該当する施設等が複数の場合は、別途様式1-1号を作成してください。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金 申請書 【K用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①法人名称 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表者名)
- ②代表者の (フリガナ)
職種・氏名
- ③法人住所 (フリガナ)
(個人事業主の場合は、代表施設の住所)
- ④連絡先: (電話)
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。	
〒	

2. 施設名

様式1-1号に記載のとおり

3. 申請額(※自動入力)

40,000 円

①基準単価(円):

40,000

4. 振込先

- ①法人名 (フリガナ)
(もしくは代表者名)
- ②所在地 (郵便番号)
(フリガナ)
- ③連絡先 (電話)
(FAX)
- ④振込口座 (金融機関名)

(預金種別)
(口座名義人)※カナ
(口座番号)

サガ タロウ			
佐賀 太郎			
〒123-4567			
サガケンサガシ			
佐賀県佐賀市1-1-1			
123-456-7890			
123-456-7891			
●●●● 銀行・信用金庫・信用組合 △△支店			
(金融機関コード)	0001	(支店コード)	123
1. 普通預金		2. 当座預金	
サガ タロウ			
1234567			

