医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金

【申請用マニュアル】

令和７年４月１８日

＜お問合せ先＞

佐賀県医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金受付センター

電話番号　０９５２－４１－２１６０

（問合せ受付時間）

４月	４月３０日	9:00 ～ 17:30
５月	平日及び土曜日	9:00 ～ 17:30
６月	平日及び土曜日	9:00 ～ 17:30
７月	平日及び土曜日	9:00 ～ 17:30
８月	平日及び土曜日	9:00 ～ 17:30（コールセンターのみ開設）

※８月は１日～２３日（8/13～15 を除く）

※全期間とも日曜日、祝日は休み

詳細は県のホームページをご確認ください。

県ホームページ　https://www.pref.saga.lg.jp/kiji003112486/index.html

＜目次＞

１　支援金について

１－１　目的
１－２　対象者及び支給金額

２　申請について

２－１　受付期間
２－２　申請者
２－３　申請方法
２－４　給付の申請回数
２－５　休止中または新規に開設された施設への支給について
２－６　申請書等の作成

３　給付決定について

４　支給について

１　支援金について

１－１　目的

この支援金は、電気・ガス・燃料等の物価高騰の長期化により影響を受けている医療機関、福祉施設、保育所等に対し、少しでも経営の支えになればという想いで「物価高騰対応支援金」（以下、「支援金」という。）を施設の運営状況や規模に応じて支給するものです。

１－２　対象者及び支給金額

①　対象となる施設等（大分類）

以下に該当する施設が対象となります。

※公立の施設は対象外となります。

Ａ　病院等
Ｂ　高齢者施設
Ｃ　障害福祉施設
Ｄ　保険薬局
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
Ｉ　保育所・幼稚園等
Ｊ　あん摩等施術所
Ｋ　歯科技工所

②　対象金額

施設の運営状況に応じて、基準単価を設定し、以下の金額を支給します。

・入所施設（無床診療所、歯科診療所、助産所含む）
　　：１施設あたり　４万円
・入所施設以外：１施設あたり　２万円

加えて、施設の規模に応じて、加算単価を設定し、この単価に病床数や利用定員数を乗じた額を支給します。

①、②の詳細については、別紙１～３の表を参照ください。

【別紙１】対象別基準単価及び加算一覧

<table>
<tr><th colspan="3">業種区分
（大分類:A～J、中分類:1～6）</th><th>①基準単価</th><th>②加算</th></tr>
<tr><td rowspan="6">A</td><td colspan="4">病院等</td></tr>
<tr><td>1</td><td>病院</td><td rowspan="4">４０千円/施設</td><td rowspan="2">１４千円/床</td></tr>
<tr><td>2</td><td>有床診療所</td></tr>
<tr><td>3</td><td>無床診療所
歯科診療所</td><td rowspan="2">－</td></tr>
<tr><td>4</td><td>助産所</td></tr>
<tr><td>B</td><td colspan="3">高齢者施設</td><td colspan="2">※【別紙２】に記載</td></tr>
<tr><td>C</td><td colspan="3">障害福祉施設</td><td colspan="2">※【別紙３】に記載</td></tr>
<tr><td>D</td><td colspan="3">保険薬局</td><td>２０千円/施設</td><td>－</td></tr>
<tr><td>E</td><td colspan="3">地域共生ステーション</td><td>２０千円/施設</td><td>－</td></tr>
<tr><td>F</td><td colspan="3">救護施設</td><td>４０千円/施設</td><td>４千円/名</td></tr>
<tr><td>G</td><td colspan="3">更生保護施設</td><td>４０千円/施設</td><td>４千円/名</td></tr>
<tr><td rowspan="5">H</td><td colspan="4">児童養護施設等</td></tr>
<tr><td>1</td><td>児童養護施設
乳児院
児童心理治療施設</td><td rowspan="4">４０千円/施設</td><td rowspan="2">４千円/名</td></tr>
<tr><td>2</td><td>母子生活支援施設
女性自立支援施設</td></tr>
<tr><td>3</td><td>自立援助ホーム</td><td rowspan="2">－</td></tr>
<tr><td>4</td><td>ファミリーホーム</td></tr>
<tr><td rowspan="7">I</td><td colspan="4">保育所・幼稚園等</td></tr>
<tr><td>1</td><td>保育所</td><td rowspan="6">２０千円/施設</td><td rowspan="5">１千円/名</td></tr>
<tr><td>2</td><td>幼稚園</td></tr>
<tr><td>3</td><td>認定こども園</td></tr>
<tr><td>4</td><td>認可外保育施設</td></tr>
<tr><td>5</td><td>地域型保育事業</td></tr>
<tr><td>6</td><td>放課後児童クラブ</td><td>－</td></tr>
<tr><td>J</td><td colspan="3">あん摩等施術所</td><td>２０千円/施設</td><td>－</td></tr>
<tr><td>K</td><td colspan="3">歯科技工所</td><td>２０千円/施設</td><td>－</td></tr>
</table>

【別紙２】対象別基準単価及び加算一覧（B 高齢者施設）

業種区分 （大分類:B　中分類：１～５、小分類：a～k）				①基準単価	②加算
B	高齢者施設				
	1	入所系事業所			
		a	介護老人福祉施設	４０千円/施設	４千円/名
		b	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護		
		c	介護老人保健施設		
		d	介護医療院		
		e	介護療養型医療施設		
		f	認知症対応型共同生活介護		
		g	養護老人ホーム		
		h	軽費老人ホーム（ケアハウス）		
		i	介護付き有料老人ホーム		
		j	住宅型有料老人ホーム		
		k	サービス付き高齢者向け住宅		
	2	短期入所系事業所			
		a	短期入所生活介護	２０千円/施設	２千円/名
		b	短期入所療養介護		
	3	通所系事業所			
		a	通所介護	２０千円/施設	２千円/名
		b	通所介護（サテライト）		
		c	地域密着型通所介護		
		d	認知症対応型通所介護		
		e	通所リハビリテーション		
	4	多機能型事業所			
		a	小規模多機能型居宅介護	２０千円/施設	２千円/名
		b	看護小規模多機能型居宅介護		
	5	訪問系事業所			
		a	訪問介護	２０千円/施設	－
		b	訪問介護（サテライト）		
		c	訪問入浴介護		
		d	訪問看護		
		e	訪問看護（サテライト）		
		f	訪問リハビリテーション		
		g	定期巡回・随時対応型訪問介護看護		
		h	夜間対応型訪問介護		
		i	居宅介護支援		
		j	福祉用具貸与・特定福祉用具販売		

【別紙３】対象別基準単価及び加算一覧（C 障害福祉施設）

業種区分 （大分類:C　中分類：１～５、小分類：a～j）			①基準単価	②加算
C	障害福祉施設			
	1	入所系事務所		
		a　障害者支援施設	４０千円/施設	４千円/名
		b　障害児入所施設		
		c　共同生活援助		
		d　福祉ホーム		
	2	通所系事業所		
		a　療養介護	２０千円/施設	２千円/名
		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		
	3	就労継続支援事業所		
		a　就労継続支援Ａ型	２０千円/施設	２千円/名
		b　就労継続支援Ｂ型		
	4	訪問系事業所		
		a　居宅介護	２０千円/施設	－
		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		
	5	相談系事業所		
		a　計画相談支援	２０千円/施設	－
		b　障害児相談支援		
		c　一般相談支援（地域定着、地域移行）		
		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		

２　申請について

２－１　受付期間

支援金の支給申請は、佐賀県医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金受付センターの申請受付窓口で行います。

申請締切は、令和７年７月３１日（木）です。

２－２　申請者

この支援金の申請については、効率的かつ迅速に支給を行うとともに、以降の各事業所における会計処理の円滑化のため、１－２の①に掲げているA～Kの対象毎に、各種サービスを展開する施設や事業所等を管理・運営する法人が、まとめて申請を行う方法を原則とします。

なお、個人での申請は、個人開設の事業所に限ります。

２－３　申請方法

支給申請は、メールまたは郵送による手続きとなります。

メールの場合は、次の宛先に申請書（様式１～３号）を提出してください。

※メールの標題に以下を記載してください。
標題 → 【大分類●】医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金申請書
（●＝A～K を記載）
提出先 → saga@sagahwshien.jp

申請が届いた際は、上記アドレスから、申請が到達した旨の自動返信メールが届きます。１時間以内に返信メールが届いていない場合は、マニュアル表紙に記載された問い合わせ先まで、速やかにご連絡ください。

郵送の場合は、次の宛先（郵便局留め）に申請書（様式１～３号）を提出してください。

※封筒の表面に以下を記載してください。
〒840-8799
佐賀県佐賀市　佐賀中央郵便局留
（佐賀市本庄町袋 286-5-1F）
佐賀県医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金受付センター　宛て

２－４　給付の申請回数

支援金の申請回数は、１施設につき１回です。2－2 のなお書きの先を除き、法人単位での申請をお願いしておりますので、申請に際しては漏れのないようご確認ください。

２－５　休止中または新規に開設された施設等への支給について

① 休止中の施設等

申請時点で休止している施設等は、支援金の対象外となります。

② 新規に開設（または再開）された施設等

令和７年３月末日までに新規に開設（または再開）された施設等は支給対象となります。

２－６　申請書等の作成

各施設等で作成いただくのは、以下の様式となります。様式ごとに内容と記入いただく上での留意事項を記載しておりますので、ご確認ください。

＜様式目次＞

【様式１号】支援金申請書

・対象（大分類）毎に申請様式が分かれます。Ａ用、Ｂ・Ｃ用、D～I用、Ｊ用、Ｋ用の５タイプありますので、対象をご確認の上、作成してください。

【様式１－１号】支援金申請書（※施設等が複数にわたる場合）

・対象（大分類）毎にＡ用、Ｂ用、Ｃ用、Ｄ用、Ｈ用、I用、Ｊ用、Ｋ用の８タイプありますので、対象をご確認の上、作成してください。

・なお、対象（大分類）E、F、Ｇの業種については、複数にまたがる施設等はないため、この様式はありません。

【様式２号】入金口座確認書

・支援金の振込先の記載に誤りがないかどうかを確認させていただくため、入金を希望される口座の通帳のコピー（通帳の表紙及び見開きページ）等を添付してください。

【様式２－２号】委任状

・支援金の振込先が申請者以外の名義の場合は委任状を添付してください。

【様式３号】誓約書

（留意事項）

令和５年度に実施した「医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金」の様式は絶対に使用しないでください。令和５年度の様式で申請があった場合、今回実施する支援金の支給はできません。

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）	

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
（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）　　円　（＝①＋②＋③）

①基準単価（円）：

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）	銀行･信用金庫･信用組合		支店	
		（金融機関コード）		（支店コード）	
	（預金種別）	1. 普通預金		2. 当座預金	
	（口座名義人）※カナ				
	（口座番号）				

（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　　0　円

①基準単価:　40,000　円　／　医療機関　0　円

②加算　　:　14,000　円　／　床　0　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

区分　A-2　有床診療所　　0　円

①基準単価:　40,000　円　／　医療機関　0　円

②加算　　:　14,000　円　／　床　0　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
		床
		床
	0　医療機関	0　床

区分　A-3　無床診療所
歯科診療所　　0　円

①基準単価:　40,000　円　／　医療機関　0　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　　0　円

①基準単価:　40,000　円　／　医療機関　0　円

保険医療機関コード等	医療機関名
	0　医療機関

※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）	

2. 対象事業所名

3. サービス種別（小分類）

※（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

円　（＝①＋②）

①基準単価（円）：　※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）：　※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）	銀行･信用金庫･信用組合		支店	
		（金融機関コード）		（支店コード）	
	（預金種別）	1. 普通預金		2. 当座預金	
	（口座名義人）※カナ				
	（口座番号）				

（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
（B 高齢者施設用）

区分　B-1　入所系事業所　　0 円

①基準単価：　40,000　円　／　施設　　0 円
②加算　　：　4,000　円　／　名　　0 円

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

区分　B-2　短期入所系事業所　　0 円

①基準単価：　20,000　円　／　施設　　0 円
②加算　　：　2,000　円　／　名　　0 円

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

区分　B-3　通所系事業所　　0 円

①基準単価：　20,000　円　／　施設　　0 円
②加算　　：　2,000　円　／　名　　0 円

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

区分　B-4　多機能型事業所　　0 円

①基準単価：　20,000　円　／　施設　　0 円
②加算　　：　2,000　円　／　名　　0 円

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

区分　B-5　訪問系事業所　　0 円

①基準単価：　20,000　円　／　施設　　0 円

サービス種別	事業所名
合計	0　施設

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

（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　0 円

①基準単価:　40,000　円　／　施設　0 円

②加算　:　4,000　円　／　名　0 円

サービス種別	事業所名	定員
		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、こちらに合算定員を計上すること。

区分　C-2　通所系事務所　0 円

①基準単価:　20,000　円　／　施設　0 円

②加算　:　2,000　円　／　名　0 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
		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　0 円

①基準単価:　20,000　円　／　施設　0 円

②加算　:　2,000　円　／　名　0 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　0 円

①基準単価:　20,000　円　／　施設　0 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　0 円

①基準単価:　20,000　円　／　施設　0 円

サービス種別	事業所名
合計	0　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

※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）	

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

円 （＝①＋②）

①基準単価（円）：

②加算（円）：

※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）	銀行･信用金庫･信用組合　　支店
		（金融機関コード）　　（支店コード）
	（預金種別）	1. 普通預金　　2. 当座預金
	（口座名義人）※カナ	
	（口座番号）	

（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
（D 保険薬局用）

令和　　年　　月　　日

区分　D　保険薬局　　　0 円

①基準単価:　20,000　円　／　薬局　　0　円

施設名(薬局名称)	保健医療機関コード等
合計　0 薬局	

（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
（H 児童養護施設等）

令和　　年　　月　　日

区分　H-1　児童養護施設　　0 円
乳児院
児童心理治療施設

①基準単価:　40,000 円 ／ 施設　　0 円
②加算　　:　4,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

区分　H-2　母子生活支援施設　　0 円
女性自立支援施設

①基準単価:　40,000 円 ／ 施設　　0 円
②加算　　:　4,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員等
	名/世帯
	名/世帯
	名/世帯
	名/世帯
	名/世帯
0 施設	0 名

区分　H-3　自立援助ホーム　　0 円

①基準単価:　40,000 円 ／ 施設　　0 円

施設名
0 施設

区分　H-4　ファミリーホーム　　0 円

①基準単価:　40,000 円 ／ 施設　　0 円

施設名
0 施設

（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
（Ⅰ保育所･幼稚園等用）

令和　年　月　日

区分　Ⅰ-1　保育所　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

②加算　:　1,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

区分　Ⅰ-2　幼稚園　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

②加算　:　1,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※施設型給付費を受けている幼稚園は、令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。
※上記以外の幼稚園は、令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

区分　Ⅰ-3　認定こども園　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

②加算　:　1,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

区分　Ⅰ-4　認可外保育施設　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

②加算　:　1,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和6年4月1日時点の定員を記載してください。

区分　Ⅰ-5　地域型保育事業　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

②加算　:　1,000 円 ／ 名　　0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和6年4月1日時点の利用定員を記載してください。

区分　Ⅰ-6　放課後児童クラブ　　0 円

①基準単価:　20,000 円 ／ 施設　　0 円

施設名
0 施設

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、きゅ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）	

2. 施術所名

3. 申請額（※自動入力）　　円

①基準単価（円）：	

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）	銀行･信用金庫･信用組合　　支店
		（金融機関コード）　　（支店コード）
	（預金種別）	1. 普通預金　　2. 当座預金
	（口座名義人）※カナ	
	（口座番号）	

（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
（J あん摩等施術所）

令和　年　月　日

区分　J　あん摩等施術所　　円

①基準単価:　20,000　円　／　施術所

施術所名	所在地
0 施術所	

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）	

2. 施設名

3. 申請額（※自動入力）　　円

①基準単価（円）：

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）	銀行･信用金庫･信用組合　　支店
		（金融機関コード）　　（支店コード）
	（預金種別）	1. 普通預金　　2. 当座預金
	（口座名義人）※カナ	
	（口座番号）	

（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
（K 歯科技工所）

令和　　年　　月　　日

区分　K　歯科技工所　　円

①基準単価:　20,000　円　／　施設

施設名	所在地
0 施設	

（様式2号） 医療･福祉･保育施設等物価高騰対応支援金 入金口座確認書

入金を希望される口座の通帳のコピーなど振込先の口座名義と口座番号を証する書類を以下に添付してください。

※支援金の振込口座名義と口座番号を証する書類については、以下を参照してください。

口座の種類		提出書類	
①	都市銀行、地方銀行、信用金庫、JA銀行　など	a	通帳のコピー（通帳の表紙及び見開きページ）
②	インターネットバンキングで通帳がない場合	b	口座内容をプリントアウトした書類
③	当座預金で通帳がない場合	c	当座勘定照合表
		d	小切手帳
		e	残高証明書

（様式2－2号）　　委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、下記の者を代理人と定め、「医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金」の受領に関する権限を委任します。

記

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※振込口座については、（様式１号）のとおり

（様式3号）　　誓　　約　　書

私は、「医療・福祉・保育施設等物価高騰対応支援金」の給付申請を行うに当たり、下記の内容について誓約します。

記

① 対象要件を全て満たしています。
② 業種に係る必要な許可等を全て有しています。
③ 現在、事業を継続しており、今後も佐賀県内において事業を継続していきます。
④ 『医療･福祉･保育施設等物価高騰対応支援金』申請書に記載した事項及び添付資料等の提出書類について、事実と相違ありません。
⑤ 佐賀県が、様式1号に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請期限までに、佐賀県が申請者に連絡しようとしても連絡がとれない場合には、佐賀県が当該申請を取り消すことを了承します。
⑥ 本支援金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽や不正等が判明した場合、本応援金を不当利得として返還いたします。
⑦ 申請した口座に変更があった場合は速やかに申し出ます。
⑧ 佐賀県が本支援金を給付するために、提出される申請者情報、個人情報及び口座情報を委託業者及び指定金融機関に提供することに同意します。
⑨ 自己又は自社若しくは自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。また、次に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。県が必要な場合には、佐賀県警察本部に照会することについて承諾します。
　ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
　イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
　ウ 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
　エ 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
　オ 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
　カ 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
　キ 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

令和　　年　　月　　日

佐賀県知事　様

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注意　支援金の不正受給は犯罪です。

対象要件を満たしていないにも関わらず、偽って支援金の交付を受けようとする行為は犯罪です。
不正等が判明した場合は、支援金を返還いただくとともに、申請者の情報を公表します。

３　給付決定について

申請内容の審査を行い、支援金の給付が決定すると対象の施設等である申請先に交付決定通知書が送付されますので、金額等に間違いがないかを確認してください。

４　支給について

支援金は、佐賀銀行を通じて、申請書（様式１号）に記載の口座に振り込まれます。なお、支援金は以下の名称で振り込まれます。

「ケン HW ブツカコウトウシエンキン」

申請の混雑状況、金融機関の営業日や営業時間の状況によりますが、申請から支給まで概ね 40 日を見込んでください。

支給が決定した場合は、支援金の交付決定通知書を郵送でお送りします。通知書は、申請から概ね１ヵ月で発送予定です。通知書が届かない場合は、本マニュアル表紙に記載された問い合わせ先へご連絡をお願いいたします。

以上となります。