

記載例

B：パターン①

事例：養護老人ホームを複数経営

（様式1号）高齢者施設等物価高騰対応支援金 申請書

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

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8年4月1日時点の定員数

(B-1～4に該当がある場合)

5. 申請額

380,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所系事業所B-1:40,000円、その他事業所:20,000円

②加算(円):

300,000

※入所系事業所B-1:5,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2～4:2,000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			

[illegible]

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) 高齢者施設等物価高騰対応支援金 申請書

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

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

4. 定員数

25

名 ※令和8年4月1日時点の定員数

(B-1～4、C-1～3に該当がある場合)

5. 申請額

185,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

60,000

※入所系事業所B-1:40,000円、その他事業所:20,000円

②加算(円):

125,000

※入所系事業所B-1:5,000円/名
※入所系・訪問系以外の事業所B-2～4:2,000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			

（様式1-1号）高齢者施設等物価高騰対応支援金 申請書

区分 B-1 入所系事業所

165,000

①基準単価： 40,000 円 / 施設
②加算 : 5,000 円 / 名

40,000 円
125,000 円

サービス種別	事業所名	利用定員
a 介護老人福祉施設	●●の里	25 名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
		名
合計	1 施設	25 名

区分 B-2 短期入所系事業所

0

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

0 円
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-3 通所系事業所

0

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

0 円
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-4 多機能型事業所

0

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

0 円
0 円

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

区分 B-5 訪問系事業所

20,000

①基準単価： 20,000 円 / 施設

20,000 円

サービス種別	事業所名
a 訪問介護	●●事業所
合計	1 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 認知症対応型共同生活介護 f 養護老人ホーム g 軽費老人ホーム（ケアハウス） h 介護付き有料老人ホーム i 住宅型有料老人ホーム j 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2号) 高齢者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3号)

誓 約 書

私は、「高齢者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 『高齢者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、本支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かかわらず、偽って支援金の給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。