

# 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-3 有床診療所
- A-2 救命救急センター、総合周産期母子センター
- A-4 無床診療所、歯科診療所、A-5 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、婦人保護施設、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

【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 救命救急センター、総合周産期母子センターを有する病院	加算あり（その1、その2）
A-3 有床診療所	加算あり
A-4 無床診療所、歯科診療所	加算なし
A-5 助産所	
B 高齢者施設	
B-1 高齢者施設/入所系事業所	加算あり
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	加算あり
B-4 高齢者施設/多機能型事業所	加算あり
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	加算あり
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	加算なし
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	加算なし
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

A：病院等

<施設等が1つのみ場合> A-1 病院、A-3 有床診療所

記載例

A-1, 3

A-1 病院

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の  
職種・氏名 (フリガナ)

③開設者住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)  
(メール)

⑤担当者名 (フリガナ)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

2. 医療機関名

--

3. 保険医療機関コード等

--

※A-1~A-4(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。  
※A-5(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-1,3に該当がある場合)

10 床 ※申請時の病床数

注)令和4年4月1日~9月30日の間利用されていない  
病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算その1(円):

③加算その2(円):

400,000	円 (=①+②+③)
100,000	
300,000	※30,000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)

イリヨウホウジン マルマルカイ			
医療法人 ○○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	
イリヨウホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が1つのみ場合> A-2救命救急センター、総合周産期母子センター

記載例

A-2

A-2 救命救急センター、総合周産期母子センターを有する病院

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の  
職種・氏名 (フリガナ)

③開設者住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)  
(メール)

⑤担当者名 (フリガナ)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>	
〒	

2. 医療機関名

--

3. 保険医療機関コード等

--

※A-1~A-4(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-5(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-1.3に該当がある場合)

300 床 ※申請時の病床数

注)令和4年4月1日~9月30日の間利用されていない

病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算その1(円):

③加算その2(円):

12,100,000	円 (=①+②+③)
100,000	
9,000,000	※30,000円×病床数
3,000,000	

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)

イリヨウホウジン マルマルカイ			
医療法人 ○○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	
イリヨウホウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が1つのみ場合> A-4 無床診療所、歯科診療所、A-5 助産所

記載例

A-4, 5

A-4 無床診療所、歯科診療所

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の  
職種・氏名 (フリガナ)

③開設者住所 (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. 医療機関名

--

3. 保険医療機関コード等

--

※A-1~A-4(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-5(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-1,3に該当がある場合)

床 ※申請時の病床数

注)令和4年4月1日~9月30日の間利用されていない

病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額

100,000 円 (=①+②+③)

①基準単価(円):

100,000

②加算その1(円):

※30,000円×病床数

③加算その2(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)

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	
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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の (フリガナ)  
職種・氏名

③開設者住所 (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. 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-4(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。

※A-5(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

40 床 ※申請時の病床数

(A-1.3に該当がある場合)

注)令和4年4月1日~9月30日の間利用されていない

病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額

1,400,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

200,000

②加算額その1(円):

1,200,000

③加算額その2(円):

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)  
もしくは代表者名

サガ タロウ

佐賀 太郎

②所在地 (郵便番号)  
(フリガナ)

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)  
(FAX)

123-456-7890

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 サガ タロウ

(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

A：パターン②

事例：A-1とA-3を複数経営

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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書【A用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の (フリガナ)  
 職種・氏名

③開設者住所 (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. 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-4(医療機関)は、保険医療機関コードを記入してください。  
 ※A-5(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-1.3に該当がある場合)

50 床 ※申請時の病床数

注)令和4年4月1日~9月30日の間利用されていない  
 病床を除いた数で記載してください。

5. 申請額

①基準単価(円):

②加算額その1(円):

③加算額その2(円):

1,800,000	円 (=①+②)
300,000	
1,500,000	※30千円×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・保育医療機関等物価高騰対応応援金 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: 100,000 円 / 医療機関  円  
 ②加算その1: 30,000 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

区分 A-3 有床診療所  円  
 ①基準単価: 100,000 円 / 医療機関  円  
 ②加算その1: 30,000 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

区分 A-4 無床診療所  
 歯科診療所  円  
 ①基準単価: 100,000 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-5 助産所  円  
 ①基準単価: 100,000 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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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

30 名 ※申請日の前月末時点の数

(B-1~4, C-1.2に該当がある場合)

5. 申請額

400,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

100,000

※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円

②加算その1(円):

300,000

※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名  
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4, C-2:5,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)

もしくは代表者名

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

**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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 ※申請日の前月末時点の数
----	----------------

(B-1~4、C-1.2に該当がある場合)

5. 申請額

	200,000	円 (=①+②)
①基準単価(円):	50,000	<small>※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円</small>
②加算その1(円):	150,000	<small>※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000円/名</small>

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
(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 カブシキガイシャ			
1234567			

<施設等が1つのみ場合> 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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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

  名 ※申請日の前月末時点の数

(B-1~4, C-1.2に該当がある場合)

5. 申請額

50,000	円 (=①+②)
①基準単価(円):	50,000
②加算その1(円):	

※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円  
 ※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名  
 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4, C-2:5,000円/名

6. 振込先口座

- 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			



<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

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応援金 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~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. 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 ※申請日の前月末時点の数

(B-1~4、C-1,2に該当がある場合)

5. 申請額

800,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

200,000

※入所系事業所B-1,C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円

②加算額その1(円):

600,000

※入所系事業所B-1,C-1:10,000円/名  
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000円/名

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)  
もしくは代表者名

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)  
(フリガナ)

〒123-4567

サガケンサガシ

佐賀県佐賀市1-1-1

③連絡先 (電話)  
(FAX)

123-456-7890

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応援金 申請書  
(B 高齢者施設用)

区分 B-1 入所系事業所  円  
 ①基準単価： 100,000 円 / 施設  円  
 ②加算その1： 10,000 円 / 名  円

サービス種別	事業所名	利用定員
g 養護老人ホーム	●●養護老人ホーム	30 名
g 養護老人ホーム	△△養護老人ホーム	30 名
		名
		名
		名
合計	2 施設	60 名

区分 B-2 短期入所系事業所  円  
 ①基準単価： 50,000 円 / 施設  円  
 ②加算その1： 5,000 円 / 名  円

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

区分 B-3 通所系事業所  円  
 ①基準単価： 50,000 円 / 施設  円  
 ②加算その1： 5,000 円 / 名  円

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

区分 B-4 多機能型事業所  円  
 ①基準単価： 50,000 円 / 施設  円  
 ②加算その1： 5,000 円 / 名  円

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

区分 B-5 訪問系事業所  円  
 ①基準単価： 50,000 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

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応援金 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~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. 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 ※申請日の前月末時点の数

(B-1~4、C-1,2に該当がある場合)

5. 申請額

400,000 円 (=①+②)

- ①基準単価(円): 150,000 ※入所系事業所B-1,C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円
- ②加算額その1(円): 250,000 ※入所系事業所B-1,C-1:10,000円/名  
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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  
もしくは代表者名 ○○ 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

マルマル カブシキガイシャ			
○○ 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応援金 申請書  
(B 高齢者施設用)

区分 B-1 入所系事業所

350,000 円

①基準単価： 100,000 円 / 施設  
②加算その1： 10,000 円 / 名

100,000 円  
250,000 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
合計	1 施設	25 名

区分 B-2 短期入所系事業所

0 円

①基準単価： 50,000 円 / 施設  
②加算その1： 5,000 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
合計	0 施設	0 名

区分 B-3 通所系事業所

0 円

①基準単価： 50,000 円 / 施設  
②加算その1： 5,000 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
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： 50,000 円 / 施設  
②加算その1： 5,000 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
合計	0 施設	0 名

区分 B-5 訪問系事業所

50,000 円

①基準単価： 50,000 円 / 施設

50,000 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	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（その1）あり	加算（その1）あり	加算（その1）あり	加算（その1）あり	加算なし

C：障害福祉施設

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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

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

30 名 ※申請日の前月末時点の数

(B-1~4、C-1.2に該当がある場合)

5. 申請額

	400,000	円 (=①+②)
①基準単価(円):	100,000	※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円
②加算その1(円):	300,000	※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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**

**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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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

(B-1~4、C-1.2に該当がある場合)

25

 名 ※申請日の前月末時点の数

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算その1(円):

	175,000	円 (=①+②)
	50,000	※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円
	125,000	※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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

C-3~5

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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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-1.2に該当がある場合)

名 ※申請日の前月末時点の数

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算その1(円):

50,000	円 (=①+②)
50,000	※入所系事業所B-1.C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円
	※入所系事業所B-1.C-1:10,000円/名 ※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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~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：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応援金 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

(B-1~4、C-1,2に該当がある場合)

25 名 ※申請日の前月末時点の数

5. 申請額

- ①基準単価(円):
- ②加算その1(円):

450,000 円 (=①+②)

200,000 ※入所系事業所B-1,C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円

250,000 ※入所系事業所B-1,C-1:10,000円/名  
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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応援金 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: 100,000 円 / 施設

円

②加算その1: 10,000 円 / 名

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: 50,000 円 / 施設

円

②加算その1: 5,000 円 / 名

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: 50,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	0 施設

区分 C-4 訪問系事業所  円

①基準単価: 50,000 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: 50,000 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

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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

(B-1~4、C-1,2に該当がある場合)

15 名 ※申請日の前月末時点の数

5. 申請額

300,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

150,000 ※入所系事業所B-1,C-1:100,000円、その他事業所: 50,000円

②加算額その1(円):

150,000 ※入所系事業所B-1,C-1:10,000円/名  
※入所系・訪問系以外の事業所B-2~4、C-2:5,000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応援金 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: 100,000 円 / 施設  
②加算その1: 10,000 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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 5,000 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: 50,000 円 / 施設

円

サービス種別	事業所名
合計	0 施設

区分 C-4 訪問系事業所  円

①基準単価: 50,000 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: 50,000 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 特定相談支援 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（その1）あり	加算（その1）あり	加算なし	加算なし	加算なし

D：保險藥局

<施設等が1つのみ場合>

記載例

D

D 保険薬局

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。	
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算その1(円):

50,000	円 (=①+②)
50,000	

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)

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応援金 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)

D 保険薬局	
※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。	
<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>	
〒	

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	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。
	※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算額その1(円):

200,000	円 (=①+②)
200,000	

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)

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～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。

### (様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 保険業局は、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	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。	
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算その1(円):

50,000	円 (=①+②)
50,000	

#### 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)

シヤカイフクシハウジン 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	
シヤカイフクシハウジン 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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

2. 施設名(店舗名、園名等)

--

3. 保険医療機関コード等

--

※D 保険業局は、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)

20
----

名 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算その1(円):

300,000	円 (=①+②)
100,000	
200,000	

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			

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~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。

### (様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 保険業局は、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)

25 名 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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):

350,000 円 (=①+②)

②加算その1(円):

100,000

250,000

#### 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			



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

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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

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)

25	名	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。		
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算その1(円):

	350,000	円 (=①+②)
	100,000	
	250,000	

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)

シヤカイフクシハウジン 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
(預金種別)	①. 普通預金		2. 当座預金
シヤカイフクシハウジン マルマルカイ			
1234567			

<施設等が1つのみ場合>

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、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、婦人保護施設

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11月1日時点の定員を記載  
してください。

5. 申請額

100,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

100,000

②加算その1(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)

シヤカイフクシハウジン 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**

**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~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。

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

令和 年 月 日

1. 申込先

- 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)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

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)

30	名	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。		
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算額その1(円):

	500,000	円 (=①+②)
	200,000	
	300,000	

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)

シヤカイフクシハウジン 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
シヤカイフクシハウジン 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~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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 保険業局は、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)

20 名 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

70,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

50,000

②加算その1(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

記載例

I-6

I-6 放課後児童クラブ

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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 保険業局は、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 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

50,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

50,000

②加算その1(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)

シヤカイフクシハウジン 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

I: パターン①

I 保育所・幼稚園等

※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。

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応援金 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

--

※D 保険業局は、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	※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。		
※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11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加算額その1(円):

145,000	円 (=①+②)
100,000	
45,000	

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)

シヤカイフクシハウジン 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

(様式1-1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 申請書  
(I 保育所・幼稚園等用)

令和 年 月 日

区分 I-1 保育所

145,000 円

①基準単価: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

100,000 円  
45,000 円

施設名	定員
●●保育所	20 名
△△保育所	25 名
	名
	名
2 施設	45 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	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4年11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4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設

0 円

施設名
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

I: パターン②

事例: I-1とI-2を経営

I 保育所・幼稚園等

※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。

(様式1号) 医療・福祉・保育施設等物価高騰対応応援金 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

※D 保険業局は、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)

75 名 ※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4年11月1日時点の利用定員を記載してください。

※上記以外の施設(放課後児童クラブ除く)は令和4年11月1日時点の定員を記載してください。

5. 申請額

225,000 円 (=①+②)

- ①基準単価(円):
- ②加算額その1(円):

150,000  
75,000

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)

シヤカイフクシハウジン 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応援金 申請書  
(I 保育所・幼稚園等用)

令和 年 月 日

区分 I-1 保育所

145,000 円

①基準単価: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

100,000 円  
45,000 円

施設名	定員
●●保育所	20 名
△△保育所	25 名
	名
	名
2 施設	45 名

※令和4年11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

80,000 円

①基準単価: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

50,000 円  
30,000 円

施設名	定員
サガ幼稚園	30 名
	名
	名
	名
1 施設	30 名

※施設型給付費を受けている幼稚園は、令和4年11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4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設  
②加算その1: 1,000 円 / 名

0 円  
0 円

施設名	定員
	名
	名
	名
	名
0 施設	0 名

※令和4年11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: 50,000 円 / 施設

0 円

施設名
0 施設

J：あん摩等施術所

記載例

J

J あん摩等施術所

※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。  
 ※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応援金 申請書【J用】

令和 年 月 日

1. 申請者

- ①開設者名 (フリガナ)
- ②代表者の (フリガナ)  
職種・氏名
- ③開設者住所 (フリガナ)
- ④連絡先: (電話)  
(メール)
- ⑤担当者名: (フリガナ)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>
〒

2. 施術所名

--

3. 受領委任取扱いの登録記号番号

<b>【記入不要】</b>
---------------

※保健福祉事務所に開設の届出を行っている施術所を応援金の対象としたため、「3. 受領委任取扱いの登録記号番号」の記載及び保険適用施術の実施を確認できる書類の添付は不要となりました。(令和5年1月19日更新)  
 (以降は削除)※受領委任取扱いの登録記号番号を記入してください。  
 なお、登録記号番号の無い施術所は記入不要です。  
 保険施術を行っていることが確認できる書類を添付してください。

4. 佐賀県が実施している令和4年度原材料等高騰対応緊急応援金受領(予定含む)の有無

- 有  無

※「有」の場合は、既に原材料等高騰対応緊急応援金を受領されているため、今回の応援金の申請はできません。

5. 申請額(※自動入力)

50,000	円
①基準単価(円):	50,000

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)

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 ※令和5年1月19日更新>  
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~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。  
※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応援金 申請書【J用】

令和 年 月 日

1. 申請者

①開設者名 (フリガナ)

②代表者の (フリガナ)  
職種・氏名

③開設者住所 (フリガナ)

④連絡先: (電話)  
(メール)

⑤担当者名: (フリガナ)

<b>※申請用マニュアル2-2に従って 記載をお願いします。</b>	
〒	

2. 施術所名

様式1-1号に記載のとおり

3. 受領委任取扱いの登録記号番号

【記入不要】

※保健福祉事務所に開設の届出を行っている施術所を応援金の対象としたため、「3. 受領委任取扱いの登録記号番号」の記載及び保険適用施術の実施を確認できる書類の添付は不要となりました。(令和5年1月19日更新)

(以降は削除)※受領委任取扱いの登録記号番号を記入してください。  
なお、登録記号番号の無い施術所は記入不要です。  
保険施術を行っていることが確認できる書類を添付してください。

4. 佐賀県が実施している令和4年度原材料等高騰対応緊急応援金受領(予定含む)の有無

有  無

※「有」の場合は、既に原材料等高騰対応緊急応援金を受領されているため、今回の応援金の申請はできません。

5. 申請額(※自動入力)

100,000 円

①基準単価(円):

100,000

6. 振込先

①法人名 (フリガナ)  
もしくは代表者名

サガ タロウ

佐賀 太郎

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

サガ タロウ

(口座番号)

1234567

