

様式記載例

(C : 障害福祉施設のみ抜粋)

(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

【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

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

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

160,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

40,000

※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):

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)

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-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

20 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

60,000 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):

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)

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-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			

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,C-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)

サガケンサガン

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 180,000 円

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

80,000 円
100,000 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 0 円

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	定員
		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
②加算 : 2,000 円 / 名

0 円
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

<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)

サガケンサガン

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 100,000 円

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

40,000 円
60,000 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 0 円

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	定員
		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
②加算 : 2,000 円 / 名

0 円
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 20,000 円

①基準単価: 20,000 円 / 施設

20,000 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