

様式記載例

(C : 障害福祉施設のみ抜粋)

【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

<施設等が1つのみの場合>C-1 入所系事業所

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
漏れなく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12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

380,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

80,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(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-2,3:5,000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1つのみの場合>C-2 通所系事業所

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
漏れなく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

j 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12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

90,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

40,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(円):

50,000

※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-2,3:5,000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1つのみの場合> C-3 就労継続支援事業所

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
漏れなく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12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

140,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

40,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(円):

100,000

※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-2,3:5,000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
漏れなく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12月末時点の定員数

5. 申請額

40,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

40,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(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-2,3:5,000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

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 就労選択支援 i 児童発達支援（センター含む） j 放課後等デイサービス k 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
漏れなく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12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

410,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

160,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(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-2,3:5,000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>複数の施設等が中分類を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
漏れなく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12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

270,000 円 (=①+②)

①基準単価(円):

120,000

※入所系事業所B-1,C-1:80,000円、その他事業所:40,000円

②加算(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-2,3:5,000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

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 就労選択支援 i 児童発達支援（センター含む） j 放課後等デイサービス k 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