

令和 8 年 4 月 20 日

大分県知事 殿

(法人名) 社会福祉法人 ●●●
(役職・代表者名) 理事長 ●● ●●

大分県介護施設等に対するサービス継続支援事業(食材料費支援) 交付申請書
兼実績報告書兼補助金交付請求書

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）する。

記

1 申請（請求）額 900 千円

2 受取口座情報

金融機関名	●●銀行	金融機関コード	1234
支店名	●●支店	支店コード	0123
預金種類	普通・当座	口座番号	1234567
口座名義（法人名等）漢字	社会福祉法人 ●●● 理事長 ●● ●●		
口座名義 ※カナ	シャカイフクシホウジン ●●● リジチョウ ●●●●		

3 誓約事項
裏面の誓約事項を確認し、全て該当する場合は☑を記入してください。

誓約事項	<input checked="" type="checkbox"/>	※該当しない場合、補助金の申請はできません。
------	-------------------------------------	------------------------

代表者氏名	理事長 ●● ●●	代表者氏名（ふりがな）	りじちょう ●● ●●
生年月日	(大正●昭利・平成) 52年5月1日	性別	男 ●● ●●

(添付書類)

- 施設別申請額一覧
- 介護施設等に対するサービス継続支援事業に関する事業実施計画書（事業所単位）
- 上記2にかかる通帳等の写し

【申請内容に関する問い合わせ先】

申請法人住所	大分県大分市●●●町●丁目●番		
部署名	法人本部 総務課		
担当者氏名	●● ●●		
連絡先	電話番号	097-506-1234	
	e-mail	houiin@oita.pref.jp	

(誓約事項)

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、大分県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、大分県と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

1 自己又は自己の役員等は、次の各号のいずれにも該当しません。

(1) 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。)

(2) 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。)

(3) 暴力団員が役員となっている事業者

(4) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者

(5) 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者

(6) 暴力団又は暴力団員に経済上の利益又は便宜を供与している者

(7) 暴力団又は暴力団員と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者

(8) 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

2 1の(1)から(8)までに掲げる者が、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。

施設別申請額一覧

No.	施設名	介護保険 事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)	審査 結果
							介護施設等に対する サービス継続支援事業	
1	介護老人福祉施設●●●●	12345678	介護老人福祉施設	097-506-1234	大分県大分市●●●町●丁目●番	(法人名) 社会福祉法人 ●●●	540	
2	介護老人保健施設●●●●	12345678	介護老人保健施設	097-506-1234	大分県大分市●●●町●丁目●番	(法人名) 社会福祉法人 ●●●	360	
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

(注)行が不足する場合には、「本申請書の使い方」に従って、行を追加すること。列の挿入は絶対に行わないこと。

個票

介護施設等に対するサービス継続支援事業に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設情報

介護保険事業所番号	12345678	事業所名称	介護老人福祉施設●●●●●		
所在地	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名
	大分県	大分県大分市●●●町●丁目●番		097-506-1234	法人本部 総務課
提供サービス(プルダウンから選択)	介護老人福祉施設			定員	30人

口座情報

本施設分の振込に使用する口座情報を、申請書に記入済

申請にあたっての確認事項

見積書等の根拠資料は事業所において適切に保管している。

支出予定の費用について、重点支援交付金と重複は生じていない。

支出予定額

補助上限額	申請額
540 千円	540 千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
需用費(食材料費)	300,000	食材料費(4月~5月分)
委託料	250,000	食事提供業務委託料×●か月分
合計	550,000	

(注)申請額は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

個票

介護施設等に対するサービス継続支援事業に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設情報

介護保険事業所番号	12345678	事業所名称	介護老人保健施設●●●●●		
所在地	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名
	大分県	大分県大分市●●●町●丁目●番		097-506-1234	法人本部 総務課
提供サービス(プルダウンから選択)	介護老人保健施設			定員	20 人

口座情報

本施設分の振込に使用する口座情報を、申請書に記入済

申請にあたっての確認事項

- 見積書等の根拠資料は事業所において適切に保管している。
- 支出予定の費用について、重点支援交付金と重複は生じていない。

支出予定額

補助上限額	申請額
360 千円	360 千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
需用費(食材料費)		
委託料	400,000	食事提供業務委託料×●か月分
合計	400,000	

(注)申請額は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。