

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

日野町長 様

(申請者)住 所
 氏 名
 電話番号

印

日野町医療・介護・福祉事業所等物価高騰支援交付金支給申請書兼請求書

日野町医療・介護・福祉事業所等物価高騰支援交付金の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

施設区分・種別	施設名	所在地	基本額 (円)	加算	申請額 (円)
病院			350,000	救急告示医療機関：350,000円 一般病床：35,000円×_____床	
無床診療所			200,000		
歯科診療所			200,000		
薬局			70,000		
訪問系事業所	訪問介護		110,000		
	訪問看護		110,000		
通所系事業所	通所介護		100,000	定員：5,000円×_____名	
福祉用具貸与・販売			70,000		
居宅介護支援事業所	居宅介護支援		70,000		
多機能型施設	小規模多機能型居宅介護		300,000		
入所・居住系施設 A	介護老人福祉施設		350,000	定員：20,000円×_____名	
	介護老人保健施設		350,000	定員：20,000円×_____名	
入所・居住系施設 B	認知症対応型共同生活介護		350,000	定員：20,000円×_____名	
就労継続支援（B型）			55,000	定員：5,000円×_____名	
共同生活援助			100,000	定員：7,000円×_____名	
					合計

振込先	銀行 協同組合 ()				本店 支店 ()			種別	普通 当座 貯蓄
店番				口座番号					
フリガナ									
口座名義人									