

(様式第1号)

障害者施設物価高騰対策支援事業費支援金 交付申請書

令和 5 年 2 月 15 日

茨城県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

法人の情報を記入すること
(事業所の情報ではない)

1 申請者 (法人情報)

フリガナ	シャカイフクシハウジンイバラキカイ			
法人名	社会福祉法人いばらき会			
法人代表者	職名	理事長	氏名	茨城 太郎
主たる事務所の所在地	郵便番号	310 - 8555		
	茨城県水戸市笠原町978-6			

2 連絡担当者

担当者	所属	事務課	氏名	水戸 一郎
連絡先	電話番号	029 - 301 - 〇〇〇〇	E-mail	XXXX@ibaraki.jp

3 申請内容 ※別紙に事業所一覧を記入

事業所区分	事業所・施設数	定員数	補助単価	申請額
入所系	2 か所	50 人	9,000 円/人	450,000 円
通所系 (者)	1 か所	- 人	60,000 円/か所	60,000 円
通所系 (児)	1 か所	- 人	30,000 円/か所	30,000 円
訪問系	1 か所	- 人	30,000 円/か所	30,000 円
『(別紙) 事業所一覧』を記入すると、自動的に反映されます。				570,000 円

4 振込先口座 ※「1 申請者 (法人情報)」と同じ名義のものに限る

金融機関名	〇〇銀行	本・支店名	△△支店
金融機関コード	1234	支店コード	5678
フリガナ	シャカイフクシハウジンイバラキカイ リジチョウ イバラキ タロウ		
口座名義	社会福祉法人いばらき会 理事長 茨城 太郎		
口座番号	01234567	預金種目	普通

※通帳の写し (表紙及び見開き部

法人名義の口座とすること。※通帳の写し (表紙及び見開き部分) を添付する。

5 宣誓・同意事項

申請にあたり、以下の全ての内容について、宣誓・同意していただく必要があります。

宣誓・同意していただける場合は、各項目の確認欄に○を入力してください。

	宣誓事項	確認
1	令和4年10月1日時点で障害福祉サービス事業所・施設等を運営しており、申請日時点で対象障害福祉サービス事業所・施設等を休止・廃止していないこと。 また、本支援金の交付を受けた後も対象介護サービス事業所・施設等の運営を継続すること（する意思があること）。	○
2	申請者は、暴力団等（※1）又は暴力団等が実質的に経営を支配する者でないこと。 また、代表者又は役員等（※2）のうち暴力団員等（※3）に該当する者又は暴力団等と社会的に非難されるべき関係を有している者はいないこと。	○
3	申請する事業所は、国・地方公共団体（一部事務組合を含む。）が管理・運営している事業所（指定管理を含む。）ではないこと。	○
4	事業活動を行うために必要な法令上の許認可等を全て得ていること。	○
5	本支援金で申請する事業所について、介護施設物価高騰対策支援事業費支援金と重複して申請していないこと。	○

	同意事項	確認
6	本申請に関し茨城県から検査・報告等の求めがあった場合は、これに応じること。	○
7	支援金の事務のために必要な範囲において、提出した基本情報等が第三者に提供される場合及び申請者の個人情報が第三者から取得される場合があること。	○
8	虚偽や不正な手段により支援金を受給した場合には、支援金の返還等に応じるとともに、加算金等を支払うこと。	○
9	不正受給と判断された場合、申請者名等の公表や告訴等の措置をとる場合があること。	○
10	本支援金は、事業所得に区分されることから課税対象であること。	○
11	県及び茨城県内市町村における事業者支援施策の検討・推進にあたり、提出した情報が活用される場合があること。	○

※1：茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第2条第1号に規定する暴力団及び同条第3号に規定する暴力団員等。

※2：役員又は支店若しくは営業所の代表者、団体である場合は代表者、理事等その他経営に実質的に関与している者。

※3：茨城県暴力団排除条例第2条第3号に規定する者。