

... この色は直接記入していただく場所です。

... この色はプルダウンから選択していただく場所です。

申請する日を記入してください。

令和 6 年 3 月 1 日

「法人」の住所を記入してください。

● 「丁目」がある場合は次のとおり記入してください。
例：福岡市中央区1丁目2-1

1 申請情報

法人住所 (通知書送付先)	〒 812-8577	福岡県福岡市博多区東公園7-7 福岡県庁2F
法人名	社会福祉法人 ○○会	代表者の方の署名、または、法人印(丸印)の押印をお願いします。
代表者の職・氏名	職名 理事長	氏名 福岡 太郎
申請に関する担当者	職名 事務	氏名 福岡 二郎
連絡先	電話番号 092-643-3321	E-mail kaigo@pref.fukuoka.lg.jp

2

連絡する場合がありますので、連絡のつく電話番号、メールアドレスを記入してください。

区分	電気	ガス	定員等数	単価	申請金額
入居系	高圧	都市ガス	70 人	26,300 円	1,841,000 円
	高圧	—	50 人	25,900 円	1,295,000 円
通	—	都市ガス	50 人	20,800 円	1,060,000 円
	—	都市ガス	— 人	13,900 円	— 円
	—	—	— 人	13,700 円	— 円
訪問系	—	都市ガス	— 人	11,400 円	— 円
	—	—	30 人	11,200 円	336,000 円
—	—	都市ガス	か所	54,900 円	— 円

別紙「内訳書」に記載した申請金額が正しく反映しているか確認してください。

定員等数と申請金額は次のシート(3-2(介護)申請内容内訳書)を記入すると自動で入力されます。

3 振込口座情報

金融機関名	① 福岡県銀行	支店名	② 福岡県支店	預金種別	③ 普通(総合)
金融機関コード	④ 0000	支店コード	⑤ 123	口座番号(右詰め)	⑥ 0123456
口座名義人(カタカナ)	⑦ フク9オカケンカイ				⑧ 貼り付け台紙の参考をご覧ください。

※預金種別については、該当するものを選択してください。
 ※口座名義人(カタカナ)は通称でも構いませんが、濁点「・」、半濁点「゜」も1文字として記入してください。
 ※振込口座の金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人カナが全て確認できる通帳等の写しも提出してください。
 ※個人名義の口座ではなく、法人もしくは事業所名義の口座を記入してください。

4 確認事項

以下の確認事項に該当する場合は、下記の□にチェックを入れてください。

(確認事項)	
次の各事項のいずれも該当するものでなければ、支援金を給付しない。	
<input type="checkbox"/>	①給付対象者の要件を満たしていること。
<input type="checkbox"/>	②給付のために提出した書類に虚偽がないこと。
<input type="checkbox"/>	③支援金を重複して申請しないこと。
<input type="checkbox"/>	④福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたってもならないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有し、当該暴力団員が役員であること。申請に必ず確認事項をご覧ください。申請には同意が必要ですので、全てに✓してください。
<input type="checkbox"/>	⑤福岡県暴力団排除条例第2条に規定する暴力団員に該当せず、かつ将来にわたってもならないこと。また、暴力団員が役員ではなく、暴力団と密接な関係を有し、当該暴力団員が役員であること。申請に必ず確認事項をご覧ください。申請には同意が必要ですので、全てに✓してください。
<input type="checkbox"/>	⑥個人情報の取扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で事務局と共有することに同意すること。

5 提出書類(下記の□にチェックを入れてください。)

<input type="checkbox"/>	(1)本申請書(上記1の法人名・代表者名が記名押印の場合、必ず代表者印も押印してください)
<input type="checkbox"/>	(2)申請内容内訳書(介護サービス事業所・施設等)
<input type="checkbox"/>	提出書類が揃っているか必ず確認してください。
<input type="checkbox"/>	添付書類を省略できる場合があります。
<input type="checkbox"/>	(イ)ガスの検針票等の写し(都市ガスを使用している事業所等のみ)

※ 令和5年7月25日から11月30日までの期間に申請し、支援金の給付を受けた事業所等で、電気やガスの種類に変更がない場合、電気料金の請求書等及びガスの検針票等の写しを添付する必要はありません。

法人名		社会福祉法人 ○○会									
整理番号	事業所番号	事業所名	事業所 所在市町村	サービス種別 (記入例を参考に種別を記入してください)	定員 (事業所) 数	電気	ガス	単価	申請金額	電気・ガスの種類の変更有無について (令和5年7月25日から11月30日までの期間に申請し、 支援金の給付を受けた事業所等のみ記入してください)	
1	400000000	介護老人保健施設福岡県会	田川市	介護老人福祉施設	50 人	高圧	都市ガス	26.300円	1,315,000円	電気・ガスの種類に変更はありません。	
2	400000001	福岡県会ショートステイ	田川市	短期入所生活介護(空床利用型を除く)	20 人	高圧	都市ガス	26.300円	526,000円	電気・ガスの種類に変更はありません。	
3	400000002	福岡県会デイサービスセンター	田川市	通所介護	30 人	-	-	11,200円	336,000円	電気・ガスの種類に変更はありません。	
4	400000003	福岡県会ヘルパーステーション	田川市	訪問介護	1 か所	-	-	53,700円	53,700円	電気・ガスの種類に変更はありません。	
5		住宅型有料老人ホーム福岡県会	新宮町	有料老人ホーム	50 人	高圧	-	25,900円	1,295,000円	電気・ガスの種類に変更はありません。	
6		養護老人ホーム福岡県会	福智町	養護老人ホーム	50 人	-	都市ガス	21,200円	1,060,000円	電気の種類に変更がありますが、ガスの種類に変更はありません。	
7											
8										令和5年7月25日から11月30日までの期間 に申請し、支援金の給付を受けた事業所等のみ 記入してください。 電気・ガスの種類に変更がない場合、確認書 類の添付を省略できます。	
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

事業所番号のある事業所は10桁の
番号を入力してください。
事業所番号のない事業所は空欄の
ままでお願いします。

事業所等がある「市町村名」をプ
ルダウンから選択してください。

事業所等の種別をプルダウン
から選択してください。

入所系・通所系は12月1日時
点の定員を、訪問系は「1」を
入力してください。

サービス種別をプル
ダウンから選ぶと自
動的に表示されます。

令和5年7月25日から11月30日までの期間
に申請し、支援金の給付を受けた事業所等のみ
記入してください。
電気・ガスの種類に変更がない場合、確認書
類の添付を省略できます。

入所系

通所系

訪問系

高圧、都市ガス以外の場合は"-
"を入力してください。
訪問系の電気は全て"-"を入力
してください。

この場合、ガスの検針票等は省
略できますが、電気料金の請求
書等は添付が必要です。

※各介護予防サービスを含みますが、介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている場合は、1つの事業所・施設として取扱います。
※短期入所療養介護・短期入所生活介護は空床利用型を除きます。
※1つの事業所番号で複数の介護事業を実施している場合は、入所系、通所系、訪問系それぞれの事業について申請可能です。ただし、県に届出等を行っている事業所等に限りです。
※共生型障がい福祉サービス等を実施している事業所は、介護(この申請書)での申請をお願いします。重複しての申請はできません。
※北九州市、福岡市、久留米市に所在する事業所等、地域密着型サービス事業所等は対象外となります。
※25以上の事業所を申請される場合は、別申請として作成をお願いします。

【契約形態について】
※ 高圧電力とは契約電力が50kW以上、又は供給電圧が6,000V以上の電力のことを指します。
※ 高圧電力を使用していることを確認できない場合は、高圧電力に対する支援は行いません。
※ 都市ガスを使用していることを確認できない場合は、都市ガスに対する支援は行いません。

【添付書類の省略について】
※ 令和5年7月25日から11月30日までの期間に申請し、支援金の給付を受けた事業所等で、電気やガスの種類に変更がない場合、電気料金の請求書等及びガスの検針票等の写しを添付する必要はありません。

振込口座の通帳の写し 貼付台紙

法人名	社会福祉法人 ○○会	
申請管理番号	4000000	【令和5年7月25日から11月30日の期間に支援金を申請し、給付決定通知を受領した法人のみ記載してください。】 申請管理番号は、令和5年度福岡県社会福祉施設等物価高騰対策支援金給付決定通知書の「4. 申請管理番号」に記載の4から始まる7桁の数字を記載してください。 ※申請管理番号が不明な場合は空欄のまま提出してください。

※適宜コピーして使用して4から始まる7桁の申請管理番号を記載してください。

枠
口座名

<貼り付け通帳の記載例①>
(①~⑦は申請書の振込口座情報の欄と対応しています)

総合口座通帳 ご契約内容

CMF番号	↓口座名義人(申請書にはこのまま記入願います。)				
	フク)フクオカケンカイ 様				
普通預金口座番号	定期預金口座番号	税区分	通帳限度額	変更日付()	
123456				千円	
スウィングサービスの	日付	振替日	振替基準額	振替単位	振替限度額
ご指定内容			千円	千円	千円
(ご変更欄)					
印紙税申告納付につき福岡税務署承認済	発行日	口座開設店番	口座種別	発行店番	TEL
		123	福岡県		
(通帳作成地)			福岡県		
			銀行コード	0000	

さい。

<貼り付け通帳の記載例②>
(①~⑦は申請書の振込口座情報の欄と対応しています)

おなまえ フク)フクオカケンカイ 様

↑口座名義人(申請書にはこのまま記入願います。)

株式会社 福岡県銀行

(金融機関コード) 0000

通帳とお届け印とは、別々に保管してください。

印紙税申告納付につき 税務署承認済

通帳作成地

【通帳・カードを「盗難」または「紛失」された場合は、すぐにカード紛失センターまたはお近くの 店舗へご連絡ください。】 カード紛失センター

盗難・紛失された通帳・カードでのお取引を停止します。

振替口座間送金機能	通常貯金ご利用の上限額	取
キャッシングサービス	代理人カード	個
定額定期自動貸付け	国債等自動貸付け	

銀行使用欄

この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください

【店名】 福岡県 (読み) フクオカケン

【店番】 123 金種目】 普通預金 口座番号】 123456

法人名	社会福祉法人〇〇会
事業所・施設名	事業所・施設名を記入してください。

※適宜コピーして使用してください。

ガス検針票等写し 貼り付け台紙

枠からはみ出しても構いませんが、用紙からはみ出さないでください。

台紙は1事業所につき1枚ずつお使いください。

ガスご使用量のお知らせ(検針票) (令和5年12月分)

〇〇 様

供給地点特定番号: **0123456789**

お客様番号: **0123456789**

検針票において都市ガスを使用していることが分かる部分(参考)

- ・ 西部ガス : 供給地点特定番号、お客様番号
- ・ 大牟田ガス : 供給地点特定番号
- ・ 西日本ガス : 都市ガスの記載あり
- ・ 直方ガス : 下部に13Aとの記載あり
- ・ 飯塚ガス : 裏面に都市ガスの単価表の記載あり(両面添付してください)
- ・ 高松ガス、筑紫ガス : 会社名