

高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金給付申請書

令和 年 月 日

高知県知事 濱田 省司 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	<input type="text"/>			
	法人名 (里親の場合) 氏名	<input type="text"/>			
	事業所 所在地 住所	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>) <input type="text"/>			
	(法人の場合)代表者情報	職名	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>
	申請に関する担当者(申請書に不備があった場合等にご連絡させていただきます。)				
	担当者氏名	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	
	日中連絡が取れる電話番号	<input type="text"/>	FAX	<input type="text"/>	

申請内容

		事業所・施設数	申請額
高齢者施設	入所系	箇所	円
	通所系	箇所	円
	訪問系	箇所	円
	高齢者施設 計	箇所	円
障害者施設	入所系	箇所	円
	通所系	箇所	円
	訪問系	箇所	円
	相談系	箇所	円
	障害者施設 計	箇所	円
児童福祉施設	入所系	箇所	円
	訪問系	箇所	円
	里親	世帯	円
	児童福祉施設 計	箇所/世帯	円
合 計		箇所/世帯	円

振込先

金融機関名	<input type="text"/>	支店名	<input type="text"/>
普通・当座の別	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>
フリガナ	<input type="text"/>		
口座名義	<input type="text"/>		

(申請に必要な添付書類)

・様式2 事業所・施設別申請額一覧

・様式3 誓約書

様式2

事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

No.	申請区分	サービス種別	代表となる法人名	事業所・施設名	事業所番号	電話番号	住所	申請額(c)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

誓約書

私は、高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項に基づいて「高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金」を申請するに当たり、下記の内容について誓約します。

記

<申請される全ての方>

- 高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項で定めている次の要件を含む全ての申請要件を満たしているとともに、申請書類の内容に虚偽や不正等はありません。
 - ・法令等が求める設置に必要な指定等を受けています。
 - ・申請者等(代表者のほか、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員等)が、暴力団(高知県暴力団排除条例(平成22年高知県条例第36号)第2条第1号に規定する暴力団をいう。)又は暴力団員等(同条第3号に規定する暴力団員等をいう。)に該当しないなど、高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項の別表2に掲げるいずれにも該当しておらず、かつ、将来にわたっても該当しません。
 - ・申請を行う事業所・施設について、「高知県医療施設等物価高騰緊急対策給付金」の申請を行っておらず、又交付もを受けていません。
- 高知県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。
- 申請書類に関して虚偽や不正等が判明した場合、既に給付金の支給を受けているときは、給付金の返還と加算金の支払に応じるとともに、事業者名や施設名などの公表に応じます。また、納期限までに給付金の返還等を行わなかった場合は、延滞金の支払に応じます。
- 申請書類に記載した情報を税務情報として使用することに同意します。
- 県内の市町村から、独自に創設した原油・物価高騰の影響を受けた社会福祉施設等への運営費支援のための給付金に関する事業を実施するために必要であるとして、高知県に情報提供(申請者情報、振込先等)の依頼があった場合の提供に同意します。
- 国の行政機関等が支援金等の支給要件の該当性等を審査するため必要な場合であって、当該審査に必要な限度で高知県に情報提供(申請書及び提出資料に記載された情報)の依頼があった場合の提供に同意します。
- その他、高知県社会福祉施設等物価高騰緊急対策給付金申請等要項の記載事項について理解のうえ、同意します。

令和 年 月 日

高知県知事 様

所在地・住所

法人名・氏名

(法人の場合)

代表者職・氏名
