申請書兼実績報告書　提出書類チェックシート

本チェックシートを活用して、記載内容や提出書類等を確認してください。

**目次**

１，申請書兼実績報告書　チェックリスト

　　　WEB申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.1

　　　郵送申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P.5

２，提出書類　チェックリスト

　　　WEB申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・P.9

　　　郵送申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P.10

**申請書兼実績報告書　チェックリスト**

【WEB申請】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認事項 | 対象区分 | 確認 | 確認内容 |
| **申請者に関する情報**  ※提出された申請内容について問い合わせる場合がありますので、連絡先は、誤りなく記入してください。 | | | |
| 【法人】法人名  【個人】屋号 | 該当がある場合、すべての業種 |  | 法人の場合は法人名、個人で屋号がある場合は屋号が記入されているか。  ※（株）等、略式表記は不可。  フリガナが記入されているか。 |
| 【法人】代表者  役職・氏名  【個人】氏名 | すべての業種 |  | 法人の場合は代表者、個人の場合は氏名が記入されているか。  氏名は、苗字と名前の間を1文字空けているか。  フリガナが記入されているか。 |
| 法人所在地又は個人住所 | 該当がある場合、すべての業種 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 業種区分 | すべての業種 |  | プルダウンにより、1区分が選択されているか。 |
| 事業所名又は公衆浴場名 | すべての業種 |  | 記入されているか。  フリガナが記入されているか。 |
| 保険医療機関コード・事業所番号・登録記号番号 | すべての業種 |  | 半角で記入されているか。  ※なければ空欄 |
| サービス種別 | 介護サービス事業所等 |  | プルダウンにより、1種別が選択されているか。 |
| 主なサービス種別 | 障害者施設等 |  | プルダウンにより、1種別が選択されているか。 |
| 事業所又は公衆浴場所在地 | すべての業種 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 電話番号 | すべての業種 |  | 半角、ハイフン有りで記入されているか。 |
| 担当者氏名 | すべての業種 |  | 記入されているか。  氏名は、苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 担当者電話番号 | すべての業種 |  | 半角、ハイフン有りで記入されているか。 |
| 連絡先メールアドレス | すべての業種 |  | 記入されているか。  ※登録したアドレスに受付通知メールが送られますので、誤りなく記入してください。 |
| 誓約事項 | すべての業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１.申請内容** | | | |
| **（１）光熱費支援事業** | | | |
| ア）申請内訳（※公衆浴場以外） | | | |
| 分類と単価 | すべての業種 |  | プルダウンにより、該当する分類が選択されているか。 |
| 申請額 | すべての業種 |  | 正しく記入されているか。 |
| 申請額合計(A1) | すべての業種 |  | 正しく記入されているか。 |
| 歯科診療所で  (1)障害者手帳所持の患者の診察した場合  (2)重度な障がい者を診察し、特別対応加算請求をした場合 | 歯科診療所で該当する場合 |  | プルダウンにより、該当する番号が選択されているか。 |
| 申請額 | 歯科診療所で該当する場合 |  | 申請額が正しく記入されているか。 |
| 歯科診療所への加算額（Ａ２） | 歯科診療所で該当する場合 |  | 加算額が正しく記入されているか。 |
| \*助産所の開設届の有無 | 助産所 |  | プルダウンにより、「有」が選択されているか。 |
| \*施術所の保険診療の有無等 | 施術所 |  | 保険診療の有無は、プルダウンにより、「有」が選択されているか。  開設届の有無は、プルダウンにより、「有」が選択されているか。 |
| \*障害者施設等の単独・多機能の別 | 障害者施設等 |  | 単独・多機能の別は、プルダウンにより、単独・多機能のどちらかが選択されているか。 |
| \*障害者施設等のサービス種別毎の定員数（入所系・通所系のみ） | 障害者施設等（入所系・通所系のみ） |  | サービス種別は、プルダウンにより、1種別が選択されているか。  サービス毎の定員が記入されているか。 |
| 申立事項 | すべての業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |
| イ）申請内訳（公衆浴場のみ） | | | |
| 使用燃料 | 公衆浴場 |  | プルダウンにより、該当する使用燃料が選択されているか。 |
| 申請金額合計(A3) | 公衆浴場 |  | 申請金額合計が正しく入力されているか。 |
| 申立事項 | 公衆浴場 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **（２）燃料費支援事業** | | | | |
| 登録番号（ナンバー) | | 病院・診療所、介護サービス事業所等、障害者施設等（以下、3業種と記載） |  | 記入されているか。 |
| 所有者 | |  | プルダウンにより、事業者もしくはその他が選択されているか。 |
| 自動車・自動二輪車等、病院等・通所系・入所系・訪問系の別 | |  | プルダウンにより、該当する１項目が選択されているか。 |
| 申請する自動車台数と申請金額 | |  | 台数は正しく記入されているか。  申請金額は正しく記入されているか。 |
| 申請台数 | |  | 合計台数、申請合計金額は正しいか。 |
| 申請金額合計（Ｂ） | |  | 申請金額合計は正しいか。 |
| 訪問系台数合計 | |  | 台数は正しいか。 |
| 介護サービス事業所等又は障害者施設等の直接処遇職員の常勤換算後の人数 | 勤務実人数 | 介護サービス事業所等又は障害者施設等の訪問系事業所で該当する場合 |  | 記入されているか。 |
| のべ勤務時間数 |  | 記入されているか。 |
| 当該月において常勤職員が 勤務すべき時間数 |  | 記入されているか。  令和４年10月、11月又は12月のうち、常勤換算後の人数が最も多い月か。 |
| 常勤換算後の人数(小数点第１位切り上げ)申請上限台数 |  | A÷Bを計算し、正しく記入されているか。  小数点第１位切り上げで記入されているか。 |
| 申立事項 | | 3業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **２．支給申請額** | | | |
| （１）光熱費支援事業（Ａ） | すべての業種 |  | １．（１）の申請額「Ａ１ ＋ Ａ２」又は「Ａ３」が正しく記入されているか。 |
| （２）燃料費支援事業（Ｂ） | すべての業種 |  | １．（２）の申請額が正しく記入されているか。 |
| 合計 | すべての業種 |  | 合計額が正しく記入されているか。 |
| 注意 | 同一のご担当者により、複数の申請をされる場合 |  | 事業所名・業種区分・サービス種別が正しく記入されているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3．口座振替依頼書** | | | |
| 金融機関名 | すべての業種 |  | 正しく記入、選択されているか。 |
| 本・支店名 |  | 正しく記入、選択されているか。 |
| 金融機関コード |  | 記入されているか。 |
| 支店コード |  | 記入されているか。 |
| 口座種別 |  | プルダウンにより、普通又は当座が選択されているか。 |
| 口座番号 |  | 記入されているか。 |
| 口座名義（カタカナ） |  | 名義は、口座振込に使用できるカタカナの名義を正確に記載しているか。 |
| 委任状上　□欄 | 口座名義人が申請者と異なるとき |  | 該当がある場合、チェックされているか。 |
| 委任者（申請者） |  | 苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 法人所在地又は個人住所 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 法人名（法人のみ）又は 屋号（個人事業主のみ） |  | 法人の場合は法人名、個人で屋号がある場合は屋号が記入されているか。  ※（株）等、略式表記は不可。 |
| 代表者職名 |  | 記入されているか。 |
| 氏　　名 |  | 苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 受任者（口座名義人） |  | 苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 住　　所 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 氏　　名 |  | 苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 電話番号 |  | 半角、ハイフン有りで記入されているか。 |
| **4．添付書類**※「提出書類チェックリスト」を活用し、ご確認ください。 | | | |

【郵送申請】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 確認事項 | 対象区分 | 確認 | 確認内容 |
| 申請日 | すべての業種 |  | 和暦で令和４年12月１日（木）～令和５年１月31日（火）の期間かつ申請書を提出する日付が記入されているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請者に関する情報**  ※提出された申請内容について問い合わせる場合がありますので、連絡先は、誤りなく記入してください。 | | | |
| 【法人】法人名  【個人】屋号 | 該当がある場合、すべての業種 |  | 法人の場合は法人名、個人で屋号がある場合は屋号が記入されているか。  ※（株）等、略式表記は不可です。  フリガナが記入されているか。 |
| 【法人】代表者  役職・氏名  【個人】氏名 | すべての業種 |  | 法人の場合は代表者、個人の場合は氏名が記入されているか。  氏名は、苗字と名前の間を1文字空けているか。  フリガナが記入されているか。 |
| 法人所在地又は個人住所 | 該当がある場合、すべての業種 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 業種区分 | すべての業種 |  | プルダウンにより、1区分が選択されているか。 |
| 事業所名又は公衆浴場名 | すべての業種 |  | 記入されているか。  フリガナが記入されているか。 |
| 保険医療機関コード・事業所番号・登録記号番号 | すべての業種 |  | 半角で記入されているか。  ※なければ空欄 |
| サービス種別 | 介護サービス事業所等 |  | プルダウンにより、1種別が選択されているか。 |
| 事業所又は公衆浴場所在地 | すべての業種 |  | 郵便番号が半角、ハイフン有りで記入されているか。  都道府県名、市町村名が記入されているか。  番地や建物名まで記入されているか。 |
| 電話番号 | すべての業種 |  | 半角、ハイフン有りで記入されているか。 |
| 担当者氏名 | すべての業種 |  | 記入されているか。  氏名は、苗字と名前の間を1文字空けているか。 |
| 担当者電話番号 | すべての業種 |  | 半角、ハイフン有りで記入されているか。 |
| 連絡先メールアドレス | すべての業種 |  | 記入されているか。  ※申請内容について問い合わせる場合がありますので、誤りなく記入してください。 |
| 誓約事項 | すべての業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **１　申請内容** | | | |
| **（１）光熱費支援事業** | | | |
| ア）申請内訳（※公衆浴場以外） | | | |
| ①分類 | すべての業種 |  | プルダウンにより、該当する分類が選択されているか。 |
| ②病床数、施設数、定員数、人数、店舗数 | すべての業種 |  | 記入されているか。  障害者施設等については、別紙「障害者施設等の定員の考え方」を確認の上、正しい定員が記入されているか。  単位が正しく反映されているか。 |
| ③単価 | すべての業種 |  | 正しく反映されているか。 |
| ④歯科診療所で  (1)障害者手帳所持の患者の診察した場合  (2)重度な障がい者を診察し、特別対応加算請求をした場合 | 歯科診療所で該当する場合 |  | プルダウンにより、該当する番号が選択されているか。 |
| ⑤歯科診療所への加算額 | 歯科診療所で該当する場合 |  | 加算額が正しく計算されているか。 |
| ⑥申請額 | すべての業種 |  | 施設数等と単価にあった申請額となっているか。 |
| ⑦加算する短期入所の定員数（②の内数） | 介護サービス事業所等又は障害者施設等で該当する場合 |  | 記入されているか。 |
| 申請金額合計【Ａ】 | 該当がある場合、すべての業種 |  | 合計額が正しく計算されているか。 |
| \*助産所の開設届の有無 | 助産所 |  | プルダウンにより、「有」が選択されているか。 |
| \*施術所の保険診療の有無等 | 施術所 |  | 保険診療の有無は、プルダウンにより、「有」が選択されているか。  開設届の有無は、プルダウンにより、「有」が選択されているか。 |
| \*障害者施設等の単独・多機能の別 | 障害者施設等 |  | 単独・多機能の別は、プルダウンにより、単独・多機能のどちらかが選択されているか。 |
| \*障害者施設等のサービス種別毎の定員数（入所系・通所系のみ記入） | 障害者施設等（入所系・通所系） |  | サービス種別は、プルダウンにより、1種別が選択されているか。  サービス毎の定員が記入されているか。 |
| \*障害者施設等のサービス種別毎の定員数（入所系・通所系のみ） | 障害者施設等（入所系・通所系のみ） |  | サービス種別は、プルダウンにより、該当する種別が選択されているか。  種別毎の定員が記入されているか。 |
| 申立事項 | すべての業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |
| イ）申請内訳（公衆浴場のみ） | | | |
| 使用燃料 | 公衆浴場 |  | プルダウンにより、該当する使用燃料が選択されているか。 |
| 申立事項 | 公衆浴場 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **（２）燃料費支援事業** | | | | |
| 申請内訳　登録番号  （ナンバー) | | 病院・診療所、介護サービス事業所等、障害者施設等（以下、3業種と記載） |  | 数字は半角で記入されているか。 |
| 所有者 | |  | プルダウンにより、事業者もしくはその他が選択されているか。 |
| 自動車・自動二輪車等、病院等・通所系・入所系・訪問系の別 | |  | プルダウンにより、該当する１項目が選択されているか。 |
| 申請する自動車台数と申請金額 | |  | 台数は正しく記入されているか  申請金額は正しく計算されているか。 |
| 合計台数 | |  | 正しく記入されているか。（行を追加した場合、正しく計算されることを必ず確認してください。） |
| 申請合計金額 | |  | 正しく記入されているか。（行を追加した場合、正しく計算されることを必ず確認してください。） |
| 介護サービス事業所等又は障害者施設等の訪問系事業所において、事業所所有以外の車両を含めて申請する場合の申請上限台数計算 | 区分 | 介護サービス事業所等又は障害者施設等の訪問系事業所で該当する場合 |  | プルダウンにより、介護サービス事業所等又は障害者施設等が選択されているか。 |
| 該当月 |  | 記入されているか。  令和４年10月、11月又は12月のうち、常勤換算後の人数が最も多い月か。 |
| 勤務実  人数 |  | 記入されているか。 |
| のべ勤務時間数 |  | 記入されているか。 |
| 当該月において常勤職員が勤務すべき時間数 |  | 記入されているか。 |
| 常勤換算後の人数(小数点第１位切り上げ) |  | 正しく計算されているか。 |
| 事業所所有以外の車両を含む場合の訪問系事業所の申請上限台数 |  | 正しく計算されているか。  訪問系合計は、上限台数以下になっているか。 |
| 申立事項 | | 3業種 |  | 内容に相違ないことを確認の上、すべて項目がチェックされているか。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **２．支給申請額** | | | |
| （１）の申請額【Ａ】 | すべての業種 |  | 光熱費支援事業の申請額が正しく反映されているか。 |
| （２）の申請額【Ｂ】 | 3業種 |  | 燃料費支援事業の申請額が正しく反映されているか。 |
| 申請額合計【Ａ＋Ｂ】 | すべての業種 |  | 合計額が正しく計算されているか。 |

提出書類　チェックリスト

**【WEB申請の場合】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **提出書類** | **申請方法** | **確認** | **留意事項** |
| **交付申請書兼実績報告書（別記様式）** | システム入力 |  | 本チェックシートにて、記載内容を確認したか。 |
| **口座振替依頼書（別紙）**  ※委任状を記入しない場合 | システム入力 |  | 内容に誤りがないことを確認したか。  ※WEB申請の場合、システム内で入力するため、添付は不要です。 |
| **口座振替依頼書（別紙）**  ※委任状を記入する場合  （申請者と口座名義が異なる場合のみ） | システム入力  データ添付  郵送 |  | ＷＥＢ申請で入力の上、別途Word様式に入力、印刷、押印した写しを委任状欄にアップロードしたか。  郵送用の印刷・押印した口座振替依頼書（委任状含む）を作成しているか。  ※委任状欄外に、「受付通知メール」に記載される「受付番号」を記載してください。（記入例参照） |
| **振込先口座の通帳の写し**  **（別紙の情報が分かる頁）** | データ添付 |  | 金融機関コード、お取引店舗、通帳口座番号、口座名義が記載されているか。 |
| **申請額計算シート** | Excel様式入力  データ添付 |  | 計算式が正しいことを確認したか。  Excel様式のまま添付しているか。 |
| **令和４年10月分の燃料に係る納品書、領収書等の写し**  ※公衆浴場の申請の場合のみ | データ添付 |  | 交付対象とならないもの、申請に関係ないものを添付していないか。  申請者名義の宛名、経費の明細が記載されているか。 |

**【郵送申請の場合】**

書類はできるだけA４サイズに揃えて提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **提出書類** | **申請方法** | **確認** | **留意事項** |
| **交付申請書兼実績報告書（別記様式）** | Excel様式入力 |  | 本チェックシートにて、記載内容を確認したか。 |
| **口座振替依頼書（別紙）**  ※委任状を記入しない場合 | Word様式入力 |  | 内容に誤りがないことを確認したか。 |
| **口座振替依頼書（別紙）**  ※委任状を記入する場合  （申請者と口座名義が異なる場合のみ） | Word様式入力 |  | 押印がされているか。 |
| **振込先口座の通帳の写し**  **（別紙の情報が分かる頁）** | 添付 |  | 金融機関コード、お取引店舗、通帳口座番号、口座名義が記載されているか。 |
| **令和４年10月分の燃料に係る納品書、領収書等の写し**  ※公衆浴場の申請の場合のみ | 添付 |  | 交付対象とならないもの、申請に関係ないものを添付していないか。  申請者名義の宛名、経費の明細が記載されているか。 |