

障害⑤訪問系

受付番号

令和4年度京都府原油価格・物価高騰対策緊急支援事業交付金 申請書兼実績報告書

(申請日)

京都府知事 西脇 隆俊 様

フリガナ		略称不可
【法人】法人名 【個人】屋号		
フリガナ		半角入力のハイフンあり
【法人】代表者 役職・氏名 【個人】氏名		
法人所在地 又は個人住所	〒 <input type="text"/> - 未選択 -	プルダウンから選択
	※番地や建物名まで記載してください。	
業種区分 (該当するものを選択)	--- 未選択 ---	プルダウンから1区分選択
フリガナ		半角入力
事業所名又は公衆浴場名		
保険医療機関コード 事業所番号 登録記号番号 ※なければ空欄		
サービス種別 ※介護サービス事業所等のみ	--- 未選択 ---	記入不要
主なサービス種別 ※障害者施設等のみ	--- 未選択 ---	主なサービス種別をプルダウンで選択。複数サービス提供している事業所は、サービス種別のうち最大定員のもの(訪問系は主たるもの)を選択
事業所又は公衆浴場 所在地	〒 <input type="text"/> 京都府 <input type="text"/> - 未選択 -	プルダウンから選択
	※番地や建物名まで記載してください。	

申請者に関する情報

電話番号		担当者氏名	
担当者電話番号		連絡先メールアドレス	

電話番号：半角入力ハイフンあり

電子申請後受付通知メールが届きますので誤りのないように記入してください。

すべての項目がチェックされていないと申請不可

【誓約事項】
下記について、相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。
※全ての項目がチェックされていないと申請できません。

- 本交付金交付要領に定める事項をいずれも遵守することを誓約します。
- 本交付金における収入及び支出等に係る証拠書類を10年間適切に整備し保管します。
- 本交付金の交付決定後、交付要件に違反する事実や申請書類の不正その他支給要件を満たさないことが発覚した場合は、交付金を返還します。
- 京都府知事から検査、報告又は是正のための措置の求めがあった場合はこれに応じます。
- 業種に係る営業に必要な許可等を全て有しています。
- 代表者、役員又は従業員若しくは構成員等が、京都府暴力団排除条例第2条第4号に規定する暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。また、上記の暴力団員等又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者が、経営に事実上参画していません。

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の病床数・定員数については、病院・診療所（有床：7床以上）は稼働病床数、介護サービス事業所等（入所系事業所・通所系事業所）及び障害者施設等（入所系事業所・通所系事業所）、児童養護施設等は定員数、人数をそれぞれ記載すること。なお、障害者施設等については、多機能型事業所と障害者支援施設の場合は、合計定員を記入すること。また、介護サービス事業所等又は障害者施設等で短期入所がある場合はその定員を②に記載し、①の人数に加算すること。（②は①の内数となる）

訪問系は施設数の記入不要
例：訪問系
1つの事業所で、以下の複数サービスを提供している場合でも、「1施設」の申請(提供サービス)
居宅介護、②重度訪問介護
行動援護、 同行援護

申請する施設	分類と単価		申請額
	①病床数、施設数、定員数、人数、店舗数	②加算する短期入所の定員数 (①の内数)	
---	未選択		
	- 未選択 -	プルダウンから選択	円
---	未選択		
	- 未選択 -		

申請額計算シートの内容を記入して下さい。

	人		円	申請額計算シートの内容を記入して下さい。
申請金額合計 (A 1)			円	

※令和4年10月1日時点の情報を記載してください。

歯科診療所への加算に該当する場合は、下記も記載してください。

歯科診療所への加算	歯科診療所で (1)障がい者手帳所持の患者の診察した場合と加算額 (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と加算額	障害⑤訪問系は不要		
	--- 未選択 ---			円
	歯科診療所への加算額 (A 2)			円

*助産所の開設届の有無

開設届の有無
- 未選択 -

*施術所の保険診療の有無等

保険診療の有無	開設届の有無
- 未選択 -	- 未選択 -

*障害者施設等の単独・多機能の別

単独・多機能の別
--- 未選択 ---

単独・多機能の別を選択

*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)

サービス種別	サービス種別毎の定員
--- 未選択 ---	名
--- 未選択 ---	名
--- 未選択 ---	名
--- 未選択 ---	名
--- 未選択 ---	名
--- 未選択 ---	名

障害⑤訪問系は不要

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

全ての項目がチェックされないと申請できません。

申請する事業所については、令和4年10月1日から同年12月31日までの期間において

すべての項目をチェックされないと申請不可

当該施設を設置し、診療、介護福祉サービス等、障害福祉サービス等又は保育等の提供を行っています。

本交付金における業種区分において、他の業種区分と重複の申請を行っていません。

上記申請内容に相違ありません。

イ) 申請内訳 (※公衆浴場)

使用燃料 (※)	--- 未選択 ---
申請金額合計 (A3)	
円	

※ 使用燃料は、浴槽水やシャワー等の給湯のために使用されるものをいい、サウナ、暖房等に使用するものは含まない。「重油又は廃油」はガス使用施設を除く。
「廃材」は廃材のみを使用。

【申立事項】

下記の通り相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

※全ての項目がチェックされないと申請できません。

申請する公衆浴場については、令和4年10月1日から12月31日までの期間において営業を行います。

上記申請内容に相違ありません。

障害⑤訪問系は不要

(2) 燃料費支援事業

申請内訳

数字は半角でナンバー記入

プルダウンで選択

申請 す	登録番号 (ナンバー)	所有者	自動車・自動二輪車等 病院等・通所系・入所系・訪問系の別
	1	未選択 -	未選択 -
2	未選択 -	未選択 -	未選択 -
3	未選択 -	未選択 -	未選択 -
4	未選択 -	未選択 -	未選択 -
5	未選択 -	未選択 -	未選択 -
6	未選択 -	未選択 -	未選択 -
7	未選択 -	未選択 -	未選択 -
8	未選択 -	未選択 -	未選択 -
9	未選択 -	未選択 -	未選択 -

**申請額計算シートの内容
を記入して下さい。**

る 車 両	10	- 未選択 -	--- 未選択 ---</td <td colspan="2" rowspan="2"> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> 申請額計算シートの内容 を記入して下さい。 </div> </td>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red; text-align: center;"> 申請額計算シートの内容 を記入して下さい。 </div>	
	申請する自動車台数と申請金額 (病院・診療所 17,000円/台)		台		
	申請する自動車台数と申請金額 (通所系 18,000円/台)		台	円	
	申請する自動車台数と申請金額 (入所系 11,000円/台)		台	円	
	申請する自動車台数と申請金額 (訪問系 11,000円/台)		台	円	
	申請する自動二輪車等台数と申請金額 (病院・診療所 4,700円/台)		台	円	
	申請する自動二輪車等台数と申請金額 (訪問系 3,000円/台)		台	円	
	申請台数				台
申請金額合計 (B)				円	

※令和4年10月1日時点の情報を記載してください。

訪問系台数合計	← 台
---------	-----

上限以下か確認

訪問系で、事業所所有以外の車両（職員の所有の車両等）を含めて申請する場合は記入してください。

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（ご自身で計算して下さい）

該当月
--- 未選択 ---</td

勤務実人数	のべ勤務時間数	当該月において常勤職員が勤務すべき時間数	常勤換算後の人数 (小数点第1位切り上げ) 申請上限台数
(人)	A (時間)	B (時間)	$A \div B = C$ (人)

- この表は、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について記載してください。
- 介護サービス事業所等、障害者施設等において、同一の車両の申請はできません。
- 勤務とは、サービスを提供するための直接処遇職員の勤務を指します。

【申立事項】

下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。

全ての項目がチェックされないと申請できません。

申請する車両は、事業者等が燃料費を負担し、利用者の輸送・送迎、職員等による利用者の居宅への訪問又は利用者の医療機関への通院を含む福祉サービスの提供に使用しています。

本交付金における他の業種区分及び他の地方公共団体等の補助において、同一の車両の申請を行っていません。

区分・サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ありません。

すべての項目がチェックされていないと申請不可

2. 支給申請額

(1) 光熱費支援事業 (A)	(1) の申請額「A1 + A2」又は「A3」	円
(2) 燃料費支援事業 (B)	(2) の申請額 B	円
合計		円

申請額計算シートの内容を記入してください

注意) 同一のご担当者により、複数の申請をされる場合は、下記にその他の申請について事業所名・業種区分・サービス種別を記載願います。

事業所名	
業種区分	
サービス種別	

対象の場合のみチェック

3. 口座振替依頼書

※補助金の支払い希望口座

プルダウンで選択

通帳の通りにご記入ください。カタカナ、英数字は全て半角で

金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード
--- 未選択 ---	--- 未選択 ---		
口座種別	口座番号	口座名義 (カタカナ)	
--- 未選択 ---		フリガナは半角で記入。	

※ ゆうちょ銀行の場合は、他の金融機関からの振込の際に利用する「店名・預金種目・口座番号」を記入願います。

※ 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ください。

(一部でも誤りがある場合は振込ができません)

口座名義人が申請者と異なるときは、下記の委任状フォームにご記入の上、捺印された委任状をアップロードするとともに、原本を郵送してください。

委任状

委任者（申請者）	
法人所在地又は個人住所	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> WEB申請で、委任状を記入する場合、口座振替依頼書（委任状あり）を入力後、印刷、押印した写しを下記の「4. 添付書類」の委任状欄にアップロードするとともに、必ず印刷・押印した口座振替依頼書（委任状あり）を「京都府物価高騰対策緊急交付金センター」宛に郵送して下さい。 </div>
法人名（法人のみ）又は屋号（個人事業主のみ）	
代表者職名	
氏名	

京都府原油価格・物価高騰対策緊急支援事業交付金の受領に関する権限を下記の者に委任します。

受任者（口座名義人）	
住所	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> 口座振替依頼書（委任状あり）を郵送する場合、WEB申請後に送付される「電子申請受付通知メール」に記載されている「受付番号」を記入してください。（下記の「4. 添付書類」にアップロードする際は、記入不要です。） </div>
氏名	
電話番号	

4. 添付書類

交付金振込口座の番号と名義が確認できる資料 (振込先口座の通帳の写しなど)	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ファイルを選択</div>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">必ず添付してください</div>
申請額計算シート	<div style="border: 1px solid red; padding: 2px;">ファイルを選択</div>	
【公衆浴場】 令和4年10月分の燃料に係る納品書、領収書等の写し	ファイルを選択 <small>※廃材のみ使用の場合は添付不要</small>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">不要</div>
委任状（口座振替依頼書）	ファイルを選択 <small>※法人代表者：申請者と口座名義が異なる場合</small>	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px; text-align: center;">委任状はこちらに添付してください</div>
その他	ファイルを選択 ファイルを選択	

ファイルを選択

- ※ 自動応答メールを、必ず保存してください。
証拠書類として10年間保存する必要があります。
- ※ 電子申請後メールが届かない場合は申請が完了していない可能性がありますので、
再度申請いただきますようお願いいたします。

事務局記入欄

- 確認する