

記入例

黄色に着色されたセル
に必要事項を入力して
ください。

申請日： 令和7年6月10日

令和6年度人吉市障がい者施設等支援給付金（物価等高騰対策）交付申請書兼請求書

人吉市長 様

（申請者）

※注意
代表者名義の印章の押印を
忘れずにお願いします。

所在地	〒 868 - 8600 人吉市西間下町9番地
フリガナ	シャカイフクシホウジンマルマルカイ
法人名	社会福祉法人〇〇〇会
フリガナ	ヒトヨシ タロウ
代表者職氏名	理事長 人吉 太郎 印

書類発行責任者氏名	人吉 一郎	責任者連絡先	0966-22-1111
担当者氏名	人吉 二郎	担当者連絡先	0966-22-2222
連絡先e-mail	hitovoshi@abc.ne.jp		

障がい者施設等支援給付金（物価等高騰対策）の交付を受けたいので、令和6年度人吉市障がい者施設等支援給付金（物価等高騰対策）交付要項第4条の規定により、関係書類を添えて申請（請求）します。

金額が別シートにある交付対象障がい者施設等一覧表と一致しているか確認してください。

1 交付対象障がい者施設等

※ 一覧表に障がい者施設等を記載してください。

2 給付金請求額

1,130,000

円

3 裏面の誓約事項を確認し、すべて該当する場合は○を記入してください。

※ 一つでも該当しない場合、給付金の申請（請求）はできません。

誓約事項	○
------	---

口座通帳等の写しと一致しているか確認してください。

4 振込口座情報を記入してください。

金融機関名	肥後銀行			金融機関コード		0	1	8	2
支店名	人吉支店			支店コード		2	7	1	
預金種類	1	(1：普通 2：当座 4：貯蓄)							
口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	シャカイフクシホウジンマルマルカイ サンカクサンカクシセツ シセツショウ クマジロウ								
口座名義	社会福祉法人〇〇〇会△△施設 施設長 球磨 次郎								
委任状提出有無	有	無：口座名義が申請者役職名＋申請者名と同一 有：口座名義が申請者役職名＋申請者名と異なる							

※内容確認のため、上記内容が記載された部分の通帳の写しを添付してください。

※口座名義が申請者と異なる場合は、別途「委任状」の提出が必要です。

裏面に続く

交付対象障がい者施設等一覧表

(単位:円)

No.	事業所番号	障がい者施設等名称	障がい者施設等郵便番号 (※半角、〒不要)	障がい者施設等住所	施設区分	サービス種別	給付金区分	定員 ※訪問系は記入不要	専有の区画 ※同一事業所を複数申請する場合	給付金の額	備考	要確認事項
1	1234567890	A施設	8688600	人吉市麓町99番地	①入所系	障害者支援施設(施設入所支援)	入所定員40～69人	50	区分あり	561,000		※同一事業所で複数申請あり。誓約事項チェックリストを確認し、対象となる場合は「専有の区画」欄を記載してください。
2	1234567890	A施設	8688600	人吉市麓町99番地	②通所系	生活介護事業所	通所定員36人以上	50	区分あり	130,000		※同一事業所で複数申請あり。誓約事項チェックリストを確認し、対象となる場合は「専有の区画」欄を記載してください。
3	1234567891	B施設	8688602	人吉市西間下町111－111	②通所系	就労継続支援A型事業所	通所定員35人以下	20		62,000		
4	1234567893	D施設	8688600	人吉市麓町99番地	③相談系	計画相談支援事業所	相談系			45,000		
5	1234567894	E施設	8688600	人吉市麓町99番地	③相談系	就労定着支援事業所	相談系			45,000		
6	1234567895	F事業所	8688602	人吉市西間下町111－222	④訪問系	居宅介護事業所	訪問系			45,000		
7	1234567896	G事業所	8688602	人吉市西間下町111－333	②通所系	生活介護事業所	通所定員35人以下	30		62,000		
8	1234567897	H事業所	8688602	人吉市西間下町111－444	①入所系	共同生活援助事業所	入所定員19人以下	10		90,000		
9	1234567898	I事業所	8688602	人吉市西間下町111－555	①入所系	共同生活援助事業所	入所定員19人以下	5		90,000		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
合 計										1,130,000		

(注)

- 1 本表一覧は 着色セルが入力部分です。それ以外のセルは計算式が入っていますので直接入力したり、削除しないでください。
- 2 「要確認事項」欄の[✖]のコメントは、入力した内容に矛盾があることを示していますので必ず修正してください
- 3 「専有の区画」欄は、同一事業所で複数申請を行う場合で、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画・事務所がある場合に「区分あり」と記載してください。ない場合は対象とならないため、申請を行わないでください。
- 4 申請する障がい者施設等が31以上ある場合は、35行～74行を再表示させて利用してください(不明な場合は人吉市役所福祉課障がい者支援係に入力方法を確認してください)。

確認事項チェックリスト

確認欄	確 認 項 目
☐	《基本事項関係》 今回申請する指定障害福祉サービス施設・事業所等については、令和6年4月1日から令和7年3月31日までの間に支出する光熱水費、燃料費、食費等の物価高騰に係る上昇分(消費税及び地方消費税相当額を除く)を有します。
☐	令和6年4月1日か令和7年3月31日までの全期間で事業を休止している施設・事業所等、令和7年3月31日時点で廃止されている施設・事業所等、申請時点で具体的に廃止予定時期が定まっている施設・事業所等は対象外のため、今回の申請に含まれていません。
☐	今回の申請について、法人として給付金を申請する指定障害福祉サービス施設・事業所を全て記載しており、同一法人から複数の『令和5年度人吉市障がい者施設等支援給付金(物価等高騰対策) 交付申請書兼請求書』を市に提出していません。(※市から指示があった場合を除く)
☐	《交付対象者関係》 共生型障がい福祉サービスを実施している事業所は、従来のサービス等を実施している(指定を先に受けた)分野の施設・事業所等のみ申請しています。又は当該事例の該当がありません。
☐	介護サービスと併せて障がい福祉サービスを実施している訪問系の施設・事業所等は、介護分野の施設・事業所等としてのみ申請しています。又は当該事例の該当がありません。
☐	多機能型の特例対象となっているサービスについて、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画、事務所を有していることから、同一事業所で複数サービスを申請します(同一区画について時間帯で提供サービスを分けている場合は、専有の区画を有するとはみなされません)。又は当該事例の該当がありません。
☐	障害者支援施設について、施設入所支援及び日中型サービスで各指定障害福祉サービス専有の区画、事務所を有していることから、同一施設で複数サービスを申請します。又は当該事例の該当がありません。
☐	多機能型の特例対象となっていないサービスについて、各指定障害福祉サービス事業所として専有の区画、事務所がある場合を除き、同一事業所で複数サービスの申請をしていません。又は当該事例の該当がありません。
☐	短期入所サービスについて、空床利用型で運営している事業所は対象外のため今回の申請に含まれていません。
☐	指定事業所単位で申請しており、指定事業所で主たる事業所と従たる事業所を有する場合や、指定共同生活援助で複数の共同生活を有する場合等に、複数単位での申請を行っていません。又は当該事例の該当がありません。

(注)

1 必ず全ての項目を確認し、確認欄に「○」を記載してください。一つでも該当しない場合、給付金の申請(請求)はできません。

委任状

私は、下記 1 の者を代理人と定め、下記 2 に規定する事項を委任します。

記

※注意
代表者名義の印章の押印を
忘れずにお願いします。

1 代理人

黄色に着色されたセル
に必要事項を入力して
ください。

所在地	〒 868 - 8600	
	人吉市麓町 9 9 番地	
フリガナ	シャカイフクシハウジン〇〇会	
法人名等	社会福祉法人〇〇会 △△施設	
代表者職氏名	施設長 球磨 次郎	印
電話番号	0966-22-1111	

2 委任事項

次の給付金の受領に関する一切の権限
令和 6 年度人吉市障がい者施設等支援給付金（物価等高騰対策）

申請書兼請求書のシートの黄色
く着色した箇所に必要事項を入
力いただくと、自動反映されま
す。直接入力する必要はありま
せん。

委任者

※注意
代表者名義の印章の押印
を忘れずにお願いします。

所在地	〒 868 - 8600	
	人吉市西間下町 9 9 番地	
フリガナ	シャカイフクシハウジンマルマルカイ	
法人名	社会福祉法人〇〇〇会	
代表者職氏名	理事長 人吉 太郎	印
電話番号	0966-22-1111	