

(第1号様式)

受付番号
香川県医療・福祉施設応援金申請書

記載例

提出日: 令和〇年〇月〇日

香川県知事 殿

事務局整理用のため
入力不要。

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額の合計:

6,050,000 円

1 申請者情報

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--------------|--|--|--|------------------|--|--|--|---------------|--|--|--|
| 法人名 (個人事業主の場合は個人名) | 社会福祉法人 ○○会 | | | | | | | | | | | |
| 代表者職・氏名 | 理事長 ○○○○ | | | | | | | | | | | |
| 法人等所在地 | 郵便番号(ハイフンあり) | | | | 760-×××× | | | | | | | |
| | 住所 | | | | 高松市○○町○○丁目○○番地 | | | | | | | |
| 法人番号(13桁) | | | | | | | | | | | | |
| 責任者 (所属・職氏名) | 施設長 ○○○○ | | | | 電話番号 (ハイフンあり) | | | | ○○○-○○○○-○○○○ | | | |
| (責任者メールアドレス) | ○○jp | | | | | | | | | | | |
| 担当者 (所属・職氏名) | 総務課係長 ○○○○ | | | | 電話番号 (ハイフンあり) | | | | ○○○-○○○○-○○○○ | | | |
| (担当者メールアドレス) | ××jp | | | | | | | | | | | |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。
 ※責任者と担当者は原則別の者とすること。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。

2 振込口座情報

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|---|-----------|------|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | ○○○銀行 | | | | 支店名 | △△支店 | | | | | | | |
| 金融機関コード(4桁) | 1 | 2 | 3 | 4 | 支店コード(3桁) | | | | 5 | 6 | 7 | | |
| 預金種目 | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | 口座番号(7桁) | | | | 8 | 9 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 口座名義人 ※カタカナで記載 | シャカイフクシホウジン マルマルカイ | | | | | | | | | | | | |

※必ず申請者名義の口座を指定すること

(法人の場合は当該法人名義の口座に限り、施設名の入った口座は不可。個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。)

3 施設区分・申請額

(1) 医療施設

| 施設区分 | 医療機関等コード※1 | 施設名※2 (届出等の名称とのチェック) | 施設所在地 | 最大使用病床数※3 | 申請額(円) |
|------------|------------|--|---|-----------|-----------|
| 病院 | xxxxxxxxxx | ○○○○ <input checked="" type="checkbox"/> | 高松市○○町○○丁目○○番地 | 50 | 2,690,000 |
| 有床診療所 | xxxxxxxxxx | ×××× <input checked="" type="checkbox"/> | 高松市○○町○○丁目○○番地 | 10 | 870,000 |
| 訪問看護ステーション | xxxxxxxxxx | △△△△ <input checked="" type="checkbox"/> | 高松市○○町○○丁目○○番地 | | 200,000 |
| 薬局 | xxxxxxxxxx | □□□薬局□□店 <input checked="" type="checkbox"/> | 高松市○○町○○丁目○○番地 | | 100,000 |
| | | <input type="checkbox"/> | 例: 最大使用病床数50床 1,440,000+25,000×50床=2,690,000 | | |
| | | <input type="checkbox"/> | 例: 最大使用病床数10床 720,000+15,000×10床= 870,000 | | |

※1 医療機関等コード(10桁)を記載すること(医療機関等コードのない施設は、記載不要)。

※2 施設名は略さずに正式名称を記入の上、県又は高松市に届出等を行っている名称と一致しているか確認し、チェックボックスにチェックを入れること。

※3 「最大使用病床数」には、令和7年6月1日から令和7年11月30日までの間に、申請に係る病院又は有床診療所全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を記載すること。

※4 記載欄が不足する場合は、行を追加して記載すること。

合計 3,860,000

(裏面の「4 支給要件」と「5 誓約」に、必ずチェックをしてください。)

(2) 福祉施設

| 施設区分 | 事業所番号※1 | 施設名※2 (届出等の名称とのチェック) | 施設所在地 | 定員数 ※3 | 申請額(円) |
|-------------|------------|-------------------------|--|-----------|---------|
| 介護老人福祉施設 | xxxxxxxxxx | ○○○○ | <input checked="" type="checkbox"/> 高松市○○町○○丁目○○番地 | | 720,000 |
| 特定施設入居者生活介護 | xxxxxxxxxx | △△△△ | <input checked="" type="checkbox"/> 高松市○○町○○丁目○○番地 | | 360,000 |
| 施設入所支援 | xxxxxxxxxx | ◇◇◇◇ | <input checked="" type="checkbox"/> 高松市○○町○○丁目○○番地 | 10 | 870,000 |
| 就労継続支援A型 | xxxxxxxxxx | ×××× | <input checked="" type="checkbox"/> 高松市○○町○○丁目○○番地 | | 240,000 |
| | | | <input type="checkbox"/> 例: 定員数10名 $720,000 + 15,000 \times 10\text{名} = 870,000$ | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | |

4 支給要件

香川県医療・福祉施設応援金支給要綱第2条に定める支給対象者及び同要綱第3条に定める支給対象施設等の要件(※)をすべて満たしています。

左記に相違ない場合
以下に✓を記入

※国又は地方公共団体が設置する施設は、国又は地方公共団体以外の者が運営する場合に限り、支給対象となります。

※支給要件のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。**必ず、支給要件を確認のうえ、チェックを入れてください。**

5 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
(2) 県税に滞納はありません。
(3) 令和7年12月1日現在事業を行っており、令和8年3月31日までに事業を休止・廃止する予定はありません。
(4) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、香川県医療・福祉施設応援金を申請するに当たり、上記の内容について、誓約します。
なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなつても、
異議は一切申し立てません。

誓約する場合
以下に✓を記入

住所 高松市〇〇町〇〇丁目〇〇番地
法人名 社会福祉法人〇〇会
代表者職氏名 理事長 〇〇〇〇

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

**必ず、誓約内容を確認して左記を入力のうえ、
チェックを入れてください。**

6 提出書類

- ①申請書(本紙)
②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種目」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が全て読み取れるもの
(通帳を開いた最初のページのコピーなど))
※電子申請による申請の場合、写真データ等で可

※電子申請による申請の場合、写真データ等で可