

医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金支給要綱

（趣旨）

第1条 物価高騰が長期化する中、食材費等の高騰の影響を著しく受けながらもサービス維持に向け運営を続けている医療施設等、児童福祉施設等、障がい福祉施設等、高齢者福祉施設・事業所等及び救護施設（以下「医療・福祉施設等」という。）を対象として、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金（以下「応援金」という。）を支給することとし、応援金の支給に関しては、この要綱に定めるところによる。

（支給対象施設等）

第2条 支給対象施設は、所在地が愛媛県内にあり、令和7年8月18日時点で運営中の別表に掲げる施設であり、かつ、令和7年4月から令和7年6月までの毎月又は特定の月に、食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者が設置する施設は、支給の対象外とする。

- （1）県又は市町（医療施設を除く）
- （2）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
- （3）県税に未納がある者
- （4）上記のほか、応援金の趣旨・目的に照らして適当でないと知事が認めた者

（支給額）

第3条 応援金は、別表に定める施設ごとの支給単価に当該施設ごとの病床数又は定員数を乗じた額を支給する。

（支給回数）

第4条 応援金の支給は、1施設につき1回限りとする。

（申請）

第5条 応援金の支給を受けようとする者は、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金申請書（様式第1号の1又は第1号の2）に関係書類を添えて、別に定める期日までに知事に提出しなければならない。

（支給決定）

第6条 知事は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、支給を決定したときは、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金支給決定通知書（様式第2号）により、支給しないことを決定したときは、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金不支給決定通知書（様式第3号）により、申請をした者に通知する。

（支給決定の取消し）

第7条 知事は、応援金支給決定後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、応援金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(応援金の返還)

第8条 知事は、前条の規定による取消しをした場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に応援金を支給しているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(関係書類の保管)

第9条 応援金の支給を受けた者は、申請に係る証拠書類を整理し、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保管しておかなければならない。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、応援金の支給について必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年8月18日から施行する。

別表（第2条、第3条関係）

施設区分	支給対象施設（施設種別）	1定員あたり 支給単価 （千円）
医療施設等	病院（保険医療機関に限る。）、有床診療所（保険医療機関に限る。）、助産所	3/床
児童福祉施設等	〔入所施設〕 児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設、地域小規模児童養護施設、分園型小規模グループケア、自立援助ホーム、ファミリーホーム、里親	3/人
	〔通所施設〕 幼稚園、保育所、地域型保育事業所、認可外保育施設、地方裁量型認定こども園、保育所型認定こども園、幼稚園型認定こども園、幼保連携型認定こども園、放課後児童クラブ	1/人
障がい福祉施設・事業所等 ※基準該当、共生型障害福祉サービス事業所を含む。	〔入所施設〕 施設入所支援、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所施設、療養介護	3/人
	〔通所施設〕 生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援（A型）、就労継続支援（B型）、児童発達支援、放課後等デイサービス	1/人
高齢者福祉施設・事業所等 ※医療機関のみなし指定を除く。	〔入所施設〕 短期入所生活（療養）介護事業所、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、介護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	3/人
	〔通所施設〕 通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所	1/人
救護施設	〔入所系〕 救護施設	3/人

（注）法令に基づき、国、県又は市町が認可若しくは指定等をし、又は設置若しくは事業開始の届出等を受理したものに限り。

愛媛県知事 中村 時広様

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: 0 円

1. 申請者情報

法人名 (個人事業主の場合は屋号)				
役職・代表者名 (個人事業主の場合は氏名)				
法人所在地	郵便番号(ハイフンあり)			
	所在地			
責任者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(責任者メールアドレス)				
担当者 (所属・職氏名)		電話番号 (ハイフンあり)		
(担当者メールアドレス)				

※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。
※責任者と担当者は別の者とする。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。
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

金融機関名				支店名			
金融機関コード(4桁)				支店コード(3桁)			
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号(7桁)					
口座名義人 ※通帳表紙に記載の正式名称をカタカナで記載							

※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、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

施設区分				6月30日時点	
施設種別	施設名	所在地	医療機関コード 登録番号 事業所番号	病床数 定員数	支給額(千円)
			合計(千円)	0	

※施設名は略さずに正式名称を記入すること。
※医療機関等コード/登録番号/事業所番号のない施設については、記載は不要。

4. 支給要件

上記施設は、令和7年4月から令和7年6月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。	左記に相違ない場合✓を記入
	☐

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) 県税に未納はありません。
- (3) 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、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金を申請するにあたり、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っても、異議は一切申し立てません。 住所 法人名 代表者職氏名	誓約する場合、 以下に✓を記入 ☐
--	--

※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。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください。
- ②振込先通帳の表紙及び見開き2点の写し。ネットバンキングなど通帳以外の場合は、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

手書き申請用

医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金申請書

提出日： 年 月 日

捨
印

選択した施設区分の施設のみを申請してください。
複数の施設区分の施設を申請する場合は、施設区分ごとに申請書を作成してください。

施設区分を 1 つだけ 選んで書いてください。
施設区分〔医療・児童福祉・障がい福祉・高齢者福祉・救護施設〕

愛媛県知事 中村 時広様

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：

000 円

1. 申請者情報

法人名 (個人事業主の場合は屋号)				印
役職・代表者名 (個人事業主の場合は氏名)				
法人所在地	郵便番号(ハイフンあり)			
	所在地			
責任者 (所属・職氏名)			電話番号 (ハイフンあり)	
(責任者メールアドレス)				
担当者 (所属・職氏名)			電話番号 (ハイフンあり)	
(担当者メールアドレス)				

※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。
※責任者と担当者は別の者とする。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。
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

金融機関名			支店名		
金融機関コード(4桁)			支店コード(3桁)		
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座	口座番号(7桁)			
口座名義人 ※カタカナで記載					

※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、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

6月30日時点

3. 施設種別・支給額

施設種別	施設名	所在地	医療機関等コード 登録番号 事業所番号	病床数 定員数	支給額(千円)
※施設名は略さずに正式名称を記入すること。 ※医療機関等コード/登録番号/事業所番号のない施設については、記載は不要。					合計(千円)

4. 支給要件

上記施設は、令和7年4月から令和7年6月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。	左記に相違ない場合✓を記入 □
---	---

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) 県税に未納はありません。
- (3) 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、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金を申請するにあたり、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っても、異議は一切申し立てません。 法人所在地 法人名 代表者職氏名	誓約する場合、 以下に✓を記入 □
---	-------------------------------------

※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。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください。
- ②振込先通帳の表紙及び見開き2点の写し。ネットバンキングなど通帳以外の場合は、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。

〔参考：対象施設リスト〕

参考：対象施設一覧

施設区分	施設種別	支給単価 (千円)	施設区分	施設種別	支給単価 (千円)	施設区分	施設種別	支給単価 (千円)
医療 施設	【入所系】		高齢者 福祉 施設	【入所系】		障がい 福祉 施設	【入所系】	
	病院	3		介護老人福祉施設	3		医療型障害児入所施設	3
	有床診療所			介護老人保健施設			共同生活援助	
	助産所			介護医療院			施設入所支援	
児童 福祉 施設等				短期入所生活（療養）介護事業所			短期入所施設	
	【入所系】			地域密着型 介護老人福祉施設入所者 生活介護事業所			福祉型障害児入所施設	
	ファミリーホーム	3		認知症対応型共同生活介護事業所			療養介護	
	児童心理治療施設			有料老人ホーム			【通所系】	
	児童養護施設			軽費老人ホーム			児童発達支援	1
	自立援助ホーム			養護老人ホーム			自立訓練（機能訓練）	
	地域小規模児童養護施設			サービス付き高齢者向け住宅		自立訓練（生活訓練）		
	乳児院			【通所系】	1		就労移行支援	
	分園型小規模グループケア			通所介護事業所			就労継続支援（A型）	
	里親			地域密着型通所介護事業所			就労継続支援（B型）	
	【通所系】			認知症対応型通所介護事業所			就労継続支援（B型）	
	地域型保育事業所	1	救護 施設	通所リハビリテーション事業所			宿泊型自立訓練	
	地方裁量型認定こども園			小規模多機能型居宅介護事業所			生活介護	
	認可外保育施設			看護小規模多機能型居宅介護事業所			放課後等デイサービス	
	保育所							
	保育所型認定こども園			【入所系】				
	幼稚園			救護施設	3			
	幼稚園型認定こども園							
	幼保連携型認定こども園							
	放課後児童クラブ							

申請書の提出先（郵送）

790-0914

松山市三町三丁目12-13 伊予鉄三町ビル1階

「医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金」事務局 宛

申請書の作成にあたってご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金ツールセンター

0 8 9-9 0 7-6 5 1 0

(様式第2号)

第 号
年 月 日

様

愛媛県知事
(公 印 省 略)

医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金支給決定通知書

このことについて、金 円を支給することに決定しましたので通知します。

なお、医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金は申請のあった金融機関口座に振り込まれます。引き続き、安定的なサービスの提供にご協力をお願いいたします。

(様式第 3 号)

第 号
年 月 日

様

愛媛県知事
(公 印 省 略)

医療・福祉施設等食材費高騰対策応援金不支給決定通知書

このことについて、提出のあった申請書の審査を行った結果、誠に残念ながら「不支給」となりましたので通知します。

不支給の理由：