

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〕

捨印の押印がない場合、事務局での修正が不可となります。

医療施設

愛媛県知事 中村 時広様

複数の施設区分で申請する場合は、施設区分ごとに申請書を作成してください。（申請書は、県HPからダウンロードできるほか、県庁保健福祉課と最寄りの県地方局・支局の県民プラザにも設置しています。）

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： 114 000 円

1. 申請者情報

法人名 (個人事業主の場合は屋号)	医療法人〇〇会			代表者印、社印いずれでもかまいません。	印
役職・代表者名 (個人事業主の場合は氏名)	理事長〇〇〇〇				
法人所在地	郵便番号(ハイフンあり)	× × × - × × × ×			
	所在地	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地			
責任者 (所属・職氏名)	総務課・課長 × × × ×	電話番号 (ハイフンあり)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇 × ×		
(責任者メールアドレス)	sekinin@xxxx.xx.jp				
担当者 (所属・職氏名)	総務課・係長・〇〇〇〇	電話番号 (ハイフンあり)	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
(担当者メールアドレス)	tantou@xxxx.xx.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	〇〇銀行				支店名	〇〇支店						
金融機関コード(4桁)	1	2	3	4	支店コード(3桁)	5	6	7				
口座種別	☒ 普通 ☐ 当座				口座番号(7桁)	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人 ※カタカナで記載	イリヨウハウジン〇〇カイ リジチョウ △△ 〇〇											

※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の口座に限る)

口座名義人は、通帳表紙オモテ面に記載されている正式名称をカタカナで記入してください。

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)
病院	〇〇病院	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	3812345678	20	60
有床診療所	〇〇診療所	今治市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	3823456789	15	45
助産所	〇〇助産所	宇和島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地		3	9
施設種別は、裏面の対象施設リストから選んで記入してください。 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別に作成してください。					
支給額は、「施設の定員数」×「支給単価」(裏面参照)により算定して記入してください。 支給単価は裏面の対象施設リストに記載しています。					

※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) 114

4. 支給要件

上記施設の施設は、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。		誓約する場合、 以下に✓を記入
法人所在地	松山市〇〇町〇〇丁目〇〇番地	
法人名	医療法人〇〇会	
役職・代表者名	理事長〇〇〇〇	

「1. 申請者情報」で記入した内容
と一致するように記載してください。

※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〕

施設区分	施設種別	支給単価 (千円)	
医療 施設	【入所系】		
	病院	3	
	有床診療所		
	助産所		
児童 福祉 施設等	【入所系】		
	ファミリーホーム	3	
	児童心理治療施設		
	児童養護施設		
	自立援助ホーム		
	地域小規模児童養護施設		
	乳児院		
	分園型小規模グループケア		
	里親		
	【通所系】		
	地域型保育事業所	1	
	地方裁量型認定こども園		
	認可外保育施設		
	保育所		
	保育所型認定こども園		
	幼稚園		
	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		
	高齢者 福祉 施設		【入所系】
		介護老人福祉施設	3
		介護老人保健施設	
介護医療院			
短期入所生活（療養）介護事業所			
地域密着型 介護老人福祉施設入所者 生活介護事業所			
認知症対応型共同生活介護事業所			
有料老人ホーム			
軽費老人ホーム			
養護老人ホーム		1	
サービス付き高齢者向け住宅			
【通所系】			
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			
救護 施設	【入所系】		
	救護施設	3	

施設区分	施設種別	支給単価 (千円)
障がい 福祉 施設	【入所系】	
	医療型障害児入所施設	3
	共同生活援助	
	施設入所支援	
	短期入所施設	
	福祉型障害児入所施設	
	療養介護	
	【通所系】	
	児童発達支援	1
	自立訓練（機能訓練）	
	自立訓練（生活訓練）	
	就労移行支援	
	就労継続支援（A型）	
	就労継続支援（B型）	
宿泊型自立訓練		
生活介護		
放課後等デイサービス		

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コールセンター

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