

(様式第1号の2)

手書き申請用

受付番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

訪問介護事業所等緊急支援金申請書

提出日： 年 月 日



愛媛県知事 中村 時広 様

標記について、次により支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： 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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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					
加算の有無(令和7年12月1日現在) 中山間地域等の加算を受けている事業所	<input type="checkbox"/> 加算あり <input type="checkbox"/> 加算なし	※中山間地域等の加算を取得している事業については、常勤換算職員数1人/1,000円加算します。			

※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. 事業所種別・支給額

令和7年4月1日時点  
↓  
単位：円

事業所種別	事業所名	所在地	事業所番号	①基本額	②基本額	加算額 ※対象事業所のみ	職員数	支給額 千円未満切捨て
				38,000	12,000			
				合 計				

※事業所名は略さずに正式名称を記入すること。

4. 支給要件

上記事業所は、令和7年4月1日時点で指定を受けており、かつ、申請時点で運営中であり、対象の事業所に該当し、また、常勤換算職員数についても相違ございません。	左記に相違ない場合✓ を記入  <input type="checkbox"/>
---	---

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、速やかに支援金を返還し、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、訪問介護事業所等緊急支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  <input type="checkbox"/>
法人所在地 <hr/>	
法人名 <hr/>	
役職・代表者名 <hr/>	

※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）  
②常勤換算職員数分かる資料(シフト表・勤務形態一覧表)  
③振込先の通帳の表紙と裏の見開きの写し(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。)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、支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。