

令和5年度
第2回

社会福祉施設^{及び}医療施設等 物価高騰緊急対策支援金



社会福祉施設及び医療施設等を対象に支援金(令和5年度第2回)を支給します/

令和6年1月5日(金)より申請受付開始!

申請マニュアル

はじめに「本支援金支給対象者の要件」をご確認ください。

本支援金は下記に記載する皆様が支給の対象となります。申請前に必ずご確認をお願いします。

チェック欄	確認内容
	貴法人(個人)の業態が別表(P4~P6)記載の業態に含まれている。
	令和5年12月1日時点において岩手県内に所在する施設・事業所がある。
	申請日現在事業を実施しており、引き続き継続して実施する意思がある。
	本支援金(令和5年度第2回)を重複して申請していない。
上記全てにチェックがされた場合 → 支援金の支給対象です。本マニュアルに沿って申請をお願いします。	
一つでもチェックができなかった場合 → 本支援金の支給対象外です。申請はできません。	

◆社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金に関するお問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

盛岡市菜園一丁目3-6 農林会館301号室

MAIL :info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL :TEL :019-681-9913

受付時間…平日9:00~17:00

・受付時間外、土日祝日の問い合わせはご遠慮ください。

・多くの個人情報を扱う為、事務局に訪問しての相談はご遠慮いただいております。

特設サイトはコチラ!



目 次

ページ番号	内容
P1	目次
P2~P3	1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給要領
P4	2-1 別表1【救護施設】、別表2【障害福祉サービス事業所等】
P5	2-2 別表3【介護サービス事業所等】、別表4【児童養護施設等】
P6	2-3 別表5【医療施設】、別表6【施術所】、別表7【薬局】
P7	3 支給対象者について
	4 受付期間
	5 申請に必要な書類 ※別表8に定める書類
P8	6 申請方法について
P9	7 審査・支援金の支給について
P10	8 支援金支給までのフロー
	9 オンライン申請 システム入力例
P11~P12	(1) 申請フォームへ移動
P12~P14	(2) アカウントの作成
P15~P29	(3) オンライン申請手順
	10 郵送申請 申請書記入例
P30~P31	(1) 様式第1号 申請書兼請求書 / 参考 様式第1号記入例
P32~P33	(2) 様式第2号-1 申請内訳書 / 参考 様式第2号-1記入例
P34~P35	(3) 様式第2号-2 申請内訳書 / 参考 様式第2号-2記入例
P36~P37	(4) 様式第2号-3 申請内訳書 / 参考 様式第2号-3記入例
P38~P39	(5) 様式第2号-4 申請内訳書 / 参考 様式第2号-4記入例
P40~P41	(6) 様式第3号 誓約書兼同意書 / 参考 様式第3号記入例
P42~P43	(7) 様式第4号 委任状 / 参考 様式第4号記入例
P44	11 郵送申請 添付書類
P45	12 審査について / 13 その他付帯事項
P46~P48	14 よくあるお問い合わせ(FAQ)
P49	お問い合わせ先

1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和5年度第2回)支給要領

申請を行う前に必ずご一読ください。

① 本支援金の趣旨

第1 物価高騰による社会福祉施設及び医療施設等の負担の軽減を図り、適切で質の高いサービスの安定的な提供を維持するため、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(以下「支援金」という。)を予算の範囲内において支給することとし、他の法令等の定めるところによるほか、この要領により必要な事項を定める。

② 支援金の概要

第2 支援金の概要は、以下のとおりである。

(1) 支給対象者

支援金の支給を受けることができる者(以下「支給対象者」という。)は、次のアからウまでの全ての要件を満たす者とする。

ア 令和5年12月1日(以下「基準日」という。)において、岩手県内に所在する別表1から7までの施設・事業所等を運営している法人・個人であること。

イ 基準日において、事業の実態(事業を実施している)があること。

ウ 申請日において、事業継続の意思があること。

(2) 支援金の額及び要件

別表1から7までに定めるとおりとする。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる施設・事業所等については支援金の支給対象外とする。

- (1) 基準日時点で休止又は廃止の届出をしている施設・事業所等
- (2) 設置者が県又は市町村である施設・事業所等(指定管理者制度による運営も含む)
- (3) 岩手県暴力団排除条例(平成23年岩手県条例第35号)に規定する暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者が開設、運営又は出資する施設・事業所等
- (4) 上記のほか、本支援金の目的に照らして適当でないと知事が認めた施設・事業所等

③ 支給申請

第3 支援金の支給を受けようとする者は、別に定める期日までに別表8に定める書類を、知事に提出するものとする。

④ 支給の決定

第4 知事は、第3の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給決定通知書により当該申請をした者(以下「申請者」という。)にその旨を通知するとともに、支援金を支給するものとする。

2 知事は、支援金を支給しないことと決定したときは、その旨を社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)不支給決定通知書(様式第6号)により申請者に通知するものとする。

3 知事は、支援金の支給に当たっては、支援金の支給の目的を達成するため、必要な条件を付することができる。

1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和5年度第2回)支給要領

⑤ 申請書類の保管

第5 申請者は、支援金の支給後においても、**支給申請書類及びその証拠書類等を5年間保存し、**知事から提出を求められた場合には、速やかに提出するものとする。

⑥ 調査等

第6 知事は、支援金の支給に関し、必要があると認めるときは、申請者に対し報告を求め、文書を提出させ、又は実地に調査を行うことができる。

⑦ 支給決定の取消

第7 知事は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、支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。

- (1) 偽りその他不正な手段により支援金の支給決定を受けたとき。
- (2) 支援金の支給決定の条件又はこの要領の規定に違反したとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、知事が不相当と認める事由が生じたとき。

⑧ 返還

第8 知事は第7の規定による支援金の支給の決定の全部又は一部を取り消した場合において、既に支援金を支給しているときは、期限を定めて当該支援金を返還させるものとする。

⑨ その他

第9 この要領に定めるもののほか、支援金の支給に関して必要な事項は、知事が別に定める。

2-1 別表1【救護施設】、別表2【障害福祉サービス事業所等】

別表1(第2関係)【救護施設】

区分	単価(円)	支給要件
救護施設	-	10,000

別表2(第2関係)【障害福祉サービス事業所等】

区分	サービス種別	単価(円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
通所系	療養介護事業所	90,000	-	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している通所系事業所。
	生活介護事業所	90,000	-	
	重度障害者等包括支援事業所	90,000	-	
	自立訓練(機能訓練)事業所	90,000	-	
	自立訓練(生活訓練)事業所	90,000	-	
	就労移行支援事業所	90,000	-	
	就労継続支援(A型)事業所	90,000	-	
	就労継続支援(B型)事業所	90,000	-	
	児童発達支援事業所	90,000	-	
	医療型児童発達支援事業所	90,000	-	
	放課後等デイサービス事業所	90,000	-	
入所系	障害者支援施設	-	10,000	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している入所系施設。 ※ 短期入所事業所における、空床利用型は対象外。
	共同生活援助事業所	-	10,000	
	短期入所事業所(空床利用型は対象外)	-	10,000	
	福祉型障害児入所施設	-	10,000	
	医療型障害児入所施設	-	10,000	
訪問・相談系	居宅介護事業所	30,000	-	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。
	重度訪問介護事業所	30,000	-	
	同行援護事業所	30,000	-	
	行動援護事業所	30,000	-	
	就労定着支援事業所	30,000	-	
	自立生活援助事業所	30,000	-	
	居宅訪問型児童発達支援事業所	30,000	-	
	保育所等訪問支援事業所	30,000	-	
	一般相談支援事業所	30,000	-	
	障害児相談支援事業所	30,000	-	
	特定相談支援事業所	30,000	-	

上記、赤字に該当する事業所は「令和5年度 第1回」から金額が変更となっています。

2-2 別表3【介護サービス事業所等】、別表4【児童養護施設等】

別表3(第2関係)【介護サービス事業所等】

区分	サービス種別	単価(円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
通所系	通所介護	100,000	-	○ 介護保険法の規定に基づき開設している通所系事業所。 ※ 介護予防サービス・総合事業は対象外。 ※ 保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。
	通所リハビリテーション (医療・施設みなしを除く一般指定のみ)	100,000	-	
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	100,000	-	
	地域密着型通所介護	100,000	-	
	認知症対応型通所介護	100,000	-	
	小規模多機能型居宅介護	100,000	-	
入所系	介護老人福祉施設	-	10,000	○ 介護保険法又は老人福祉法の規定に基づき開設している入所系施設。 ※ 介護予防サービスは対象外。 ※ 養護老人ホーム又は軽費老人ホームにおける、地域密着型特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護は対象外。 ※ 短期入所系施設における、空床利用型は対象外。
	介護老人保健施設	-	10,000	
	介護療養型医療施設	-	10,000	
	介護医療院	-	10,000	
	短期入所生活介護(空床利用型は対象外)	-	10,000	
	認知症対応型共同生活介護	-	10,000	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	-	10,000	
	養護老人ホーム	-	10,000	
	軽費老人ホーム	-	10,000	
	地域密着型特定施設入居者生活介護 (養護・軽費を除く)	-	10,000	
特定施設入居者生活介護 (養護・軽費を除く)	-	10,000		
訪問・相談系	居宅介護支援	30,000	-	○ 介護保険法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。 ※ 介護予防サービス・総合事業は対象外。 ※ 保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。
	福祉用具貸与・販売 (同一事業者の重複支給は不可)	30,000	-	
	訪問介護	30,000	-	
	訪問入浴介護	30,000	-	
	訪問看護ステーション	30,000	-	
	訪問リハビリテーション (医療みなしを除く一般指定のみ)	30,000	-	
	夜間対応型訪問介護	30,000	-	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	30,000	-	

別表4(第2関係)【児童養護施設等】

区分		単価(円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
児童養護施設	-	-	10,000	○ 児童福祉法の規定に基づき設置している児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設。 ○ 売春防止法の規定に基づき設置している婦人保護施設。 ○ 支援金の算定において、暫定定員を設定されている施設にあっては、暫定定員に基づき支援金を算定する。
乳児院	-	-	10,000	
児童心理治療施設	-	-	10,000	
婦人保護施設	-	-	10,000	

上記、赤字に該当する事業所は「令和5年度 第1回」から金額が変更となっています。

2-3 別表5【医療施設】、別表6【施術所】、別表7【薬局】

別表5(第2関係)【医療施設】

区分		単価(円)		支給要件
		基礎支援金 (1施設あたり)	加算支援金 (1床あたり)	
医療施設	病院・有床診療所	200,000	20,400	○ 医療法の規定に基づき開設している病院又は診療所(企業・社会福祉施設等の事務室、臨時開設の施設を除く。)のうち、保険医療機関の指定を受け、一般患者の受け入れを行っている医療施設。 ※ 休床中の病床は対象外。 ※ 全ての病床を休床している有床診療所は無床診療所の単価で算定。 ※ 同一施設で、医科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方のみ申請可能。
	無床診療所(医科)	100,000	-	
	歯科診療所	100,000	-	
	(特別高圧を受電する医療機関への加算支援金)	-	23,000	○ 上記の医療施設のうち、特別高圧を受電する医療機関。
	助産所	100,000	-	○ 医療法の規定に基づき開設している助産所。

別表6(第2関係)【施術所】

区分		単価(円)		支給要件
		基礎支援金 (1施設あたり)	加算支援金 (1床あたり)	
施術所	按摩、鍼、灸、柔整	33,000	-	○ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律又は柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所のうち、療養費の受領委任取扱いの指定を受けた施術所。 ※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱い指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一箇所のみ申請可能。

別表7(第2関係)【薬局】

区分		単価(円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
薬局	-	15,000	-	○ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設の許可を受けている薬局のうち、健康保険法の規定に基づき保険薬局の指定を受けた施設。

上記、赤字に該当する事業所は「令和5年度 第1回」から金額が変更となっています。

3 支給対象者について

(1)本支援金は令和5年12月1日時点において岩手県内に所在し、下記の分類に該当する事業者(法人・個人)の皆様が対象となります。

- 1 救護施設
- 2 障害福祉サービス事業所等
- 3 介護サービス事業所等
- 4 児童養護施設等
- 5 医療施設
- 6 施術所
- 7 薬局

(2)支援金額は上記分類と区分、サービス種別等によって算出方法が異なります。

(3)分類、区分、サービス種別、支給単価等について詳しくはP4～P6の別表をご確認いただき、申請をお願いします。

4 受付期間

令和6年1月5日(金)～ **令和6年2月29日(木)**

※郵送の場合当日消印有効とします。

※受付締切間際に多くの申請が寄せられることが予想されます。

一度に多くの申請が寄せられると、審査にお時間をいただく可能性がありますので余裕をもって、お早目に申請いただくようご協力ください。

5 申請に必要な書類 ※別表8に定める書類

支給を希望する者は下記書類に記入、又は入力の上、事務局に申請(提出)してください。

ア 様式第1号 申請書兼請求書
イ 様式第2号 申請内訳書 ※様式第2号については業態ごとに異なります。申請する業態を確認の上、記入願います。 様式第2号-1 1救護施設・2障害福祉サービス・3介護サービス・4児童養護施設用 様式第2号-2 5医療施設用 様式第2号-3 6施術所用 様式第2号-4 7薬局用
ウ 様式第3号 誓約書兼同意書
エ 様式第4号 委任状 ※委任状は申請者(法人名又は代表者)と振込口座名義が違う場合のみ提出が必要です。 ※申請者と振込口座名義が同一の場合、提出の必要はありません。
オ 振込口座の通帳の「表紙」と「見開き」のコピー ※口座名義確認のため、「表紙」だけではなく必ず「見開き」のコピーも提出願います。 ※1法人で複数の施設や事業所を運営している場合、複数の施設や事業所を一度に申請する事が可能ですが、「分類」が異なる場合は申請を分けてください。 ※分類についてはP4～P6の別表をご確認ください。

6 申請方法について

・本申請は【オンライン】【郵送】の2つの方法で申請が可能です。

申請方法について補足事項

- ①書類の受理から審査、支給までは「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度を要します。早めの支給を希望される場合は「オンライン申請」をお勧めします。
- ③書類の到着状況、審査状況、支給時期に関するお問い合わせはご遠慮ください。

ア オンライン申請

特設ウェブサイト内の申請フォームより申請をお願いします。

特設ウェブサイトアドレス <https://iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp/>

「オンライン申請手順」

- ①申請特設ウェブサイトアクセス → ②申請フォームに必要事項を入力
- ③提出書類を添付 → ④入力終了・申請

特設サイトQRコード



イ 郵送での申請

※申請書類(様式第1号～第4号)を特設ウェブサイトよりダウンロードし記入。

必要書類を同封して下記宛先まで郵送願います。

〒020-8779 岩手県盛岡市菜園1丁目3-6 農林会館301号室
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

「郵送での申請手順」

- ①申請特設ウェブサイトアクセス → ②申請書類をダウンロードし出力
- ③申請書類に必要事項を記載 → ④提出書類を添付 → ⑤投函・申請

・書類をコピーする場合は【A4】サイズでお願いします。

・不足書類を追加郵送する場合には、送信封筒に「不足書類追加」等と明記し、申請法人名(申請個人名)、住所、電話番号、法人の場合は担当者名に加え、不足書類の提出を依頼した担当者名がわかる場合は、その担当者名を明記して郵送願います。

7 審査・支援金の支給について

- ・申請書類到着後、申請受理書を発送します。その後、事務局・岩手県において申請内容を審査し支給対象と認められる場合には岩手県から支給決定通知を送付。指定された口座へ支援金を振込みます。
- ・申請受理書発送から支給までは「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度の時間を要します。
- ・申請に不備が認められた場合は上記以上の時間を必要とする可能性があります。
- ・書類の到着状況、審査状況、支給時期に関する問い合わせはご遠慮ください。

申請・お問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

盛岡市菜園一丁目3-6 農林会館301号室

MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL : 019-681-9913

受付時間…平日9:00～17:00

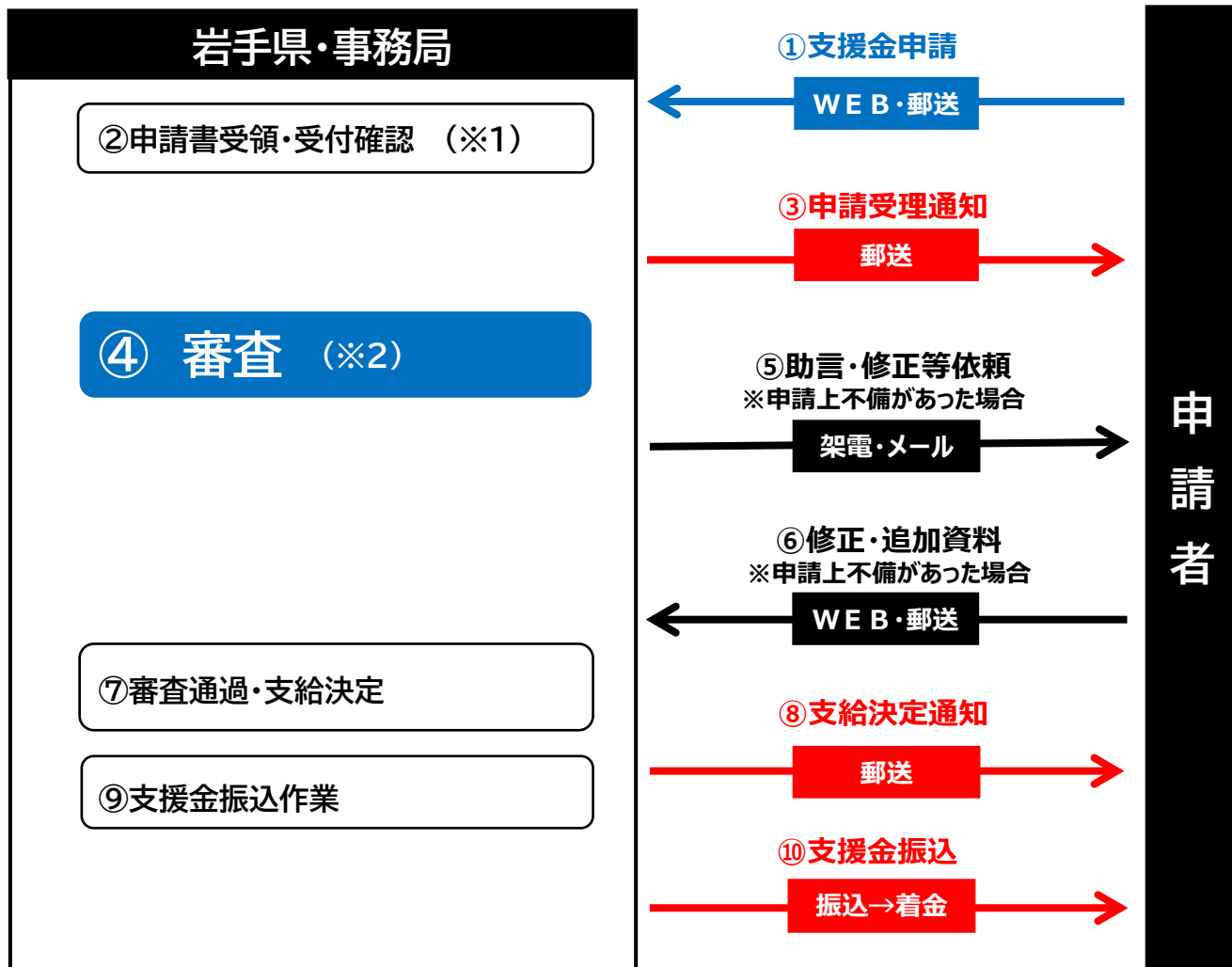
・受付時間外、土日祝日の問い合わせはご遠慮ください。

・多くの個人情報扱う為、事務局を訪問しての申請書提出や相談はご遠慮いただいております。

8 支援金支給までのフロー

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の申請から着金までの流れは、次のとおりとなります。支援金の支給までには最短で【オンライン申請の場合】4週間程度、【郵送での申請の場合】は5週間程度お時間をいただきます。予めご了承ください。

表1 支援金支給までのフロー



支援金支給までに行う確認・審査の概要

(※1) 受付確認

書類が全部そろっているか、申請要件を満たしているかなど、申請における事務的な書類確認を行います。

(※2) 申請内容審査

支援金を支給するための申請書類の詳細な審査を行います。

- ア・申請要件を満たしているか
- イ・申請されている書類に不備はないか
- ウ・申請されている金額は正しいか
- エ・支援金の振込先となる口座名義に誤りはないか

補足事項

- ①申請に不備等がある場合は、事務局よりご連絡し、確認をさせていただく場合があります。
- ②申請に不備等がある場合、支援金の支給が遅くなる場合があります。
- ③審査において要件を満たせない場合や虚偽申請事業者と判断された場合、加えて支援金支給の対象外の事業者と判断された事業者(例:暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律の規定に抵触しているなど)に対しては「不支給通知書」を発送し、支援金の振込みは行いません。

9 オンライン申請 システム入力例

申請をはじめる前に

申請には「振込先口座の通帳の表紙と見開き」の添付用画像が必要です。

必ずご準備いただいてから下記の要領で申請をお願いします。

(1) 申請フォームへ移動

① 特設ウェブサイトへ移動

特設サイト
QRコード



特設ウェブサイトアドレス

<https://iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp/>



② 下にスクロールし「WEB申請はこちら」ボタンをクリック

申請方法について ホームページからの申請がスムーズです。優先的にご利用ください。

申請する場合	申請特設ページにアクセス	書類を申請する場合	所定の申請用紙に必要事項を記入
	申請フォームに必要事項を入力		提出書類を同封の上郵送
	提出書類を添付		郵便先 〒020-8779 岩手県盛岡市菜園1丁目3-6 農林会館301号室 「社会福祉施設及び医療施設等 物価高騰対策支援金支給事務局」宛
	入力終了・申請		申請完了
	申請完了		申請書類の受理から給付金の振込までは およそ4週を予定しています
	申請書類の受理から給付金の振込までは およそ5週を予定しています		様式のダウンロードは こちらから

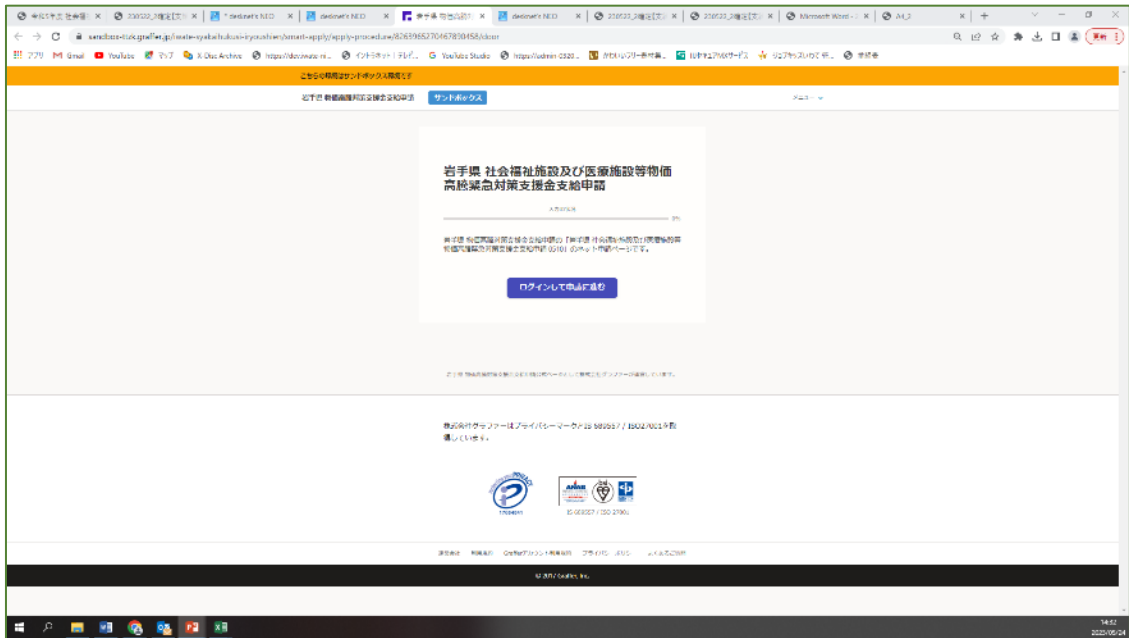
振込までの期間をお約束するものではありません。書類の不備や修正によって変動します。ご了承ください。

※申請終了後、不正な申請や営業実態の調査のため、一部の事業者を対象に調査を実施することがありますので、本給付金の申請に使用した必要書類や申請様式については、必ずコピーや写しをとり、2030年3月31日まで保管いただきますようお願いいたします。

※給付金の支給を受けた事業者は、原則、岩手県による調査を拒否することはできませんので、あらかじめご了承ください。

「WEB申請はこちら」ボタンをクリック

③申請フォームへ移動



(2) アカウムの作成

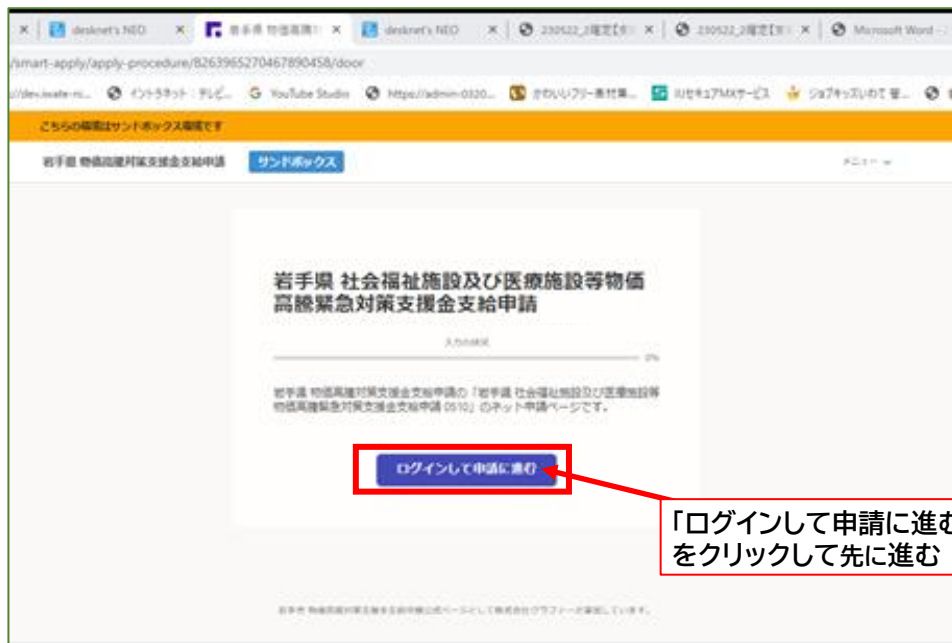
【アカウント作成のメリット】

アカウントを作成いただくと、申請の一時保存ができるようになります。

※申請事項は複数ページに及びます。アカウント登録をすると申請途中で一時保存が可能です。

アカウントを制作しての申請を推奨します。

① 申請フォームトップページ下部にある「ログインして申請に進む」をクリック



② ログイン画面

既存のアカウントに連動させると以降のやり取りが申請アドレスではなく既存アカウントへの返信となります。これまでの事業で既存アカウント使用によるエラーが多かったため、事務局としては新規アカウント登録を推奨します。

Graffer
スマート申請

岩手県 物価高騰対策支援金支給申請 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

Googleでログイン

LINEでログイン

メールアドレスでログイン

ログイン方法について教えてください

GIDSIDでログインする

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請の履歴を確認することができます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

「新規アカウントを作成する」をクリックして先に進む

③ アカウント登録画面

LINEで登録

必要事項をすべて入力してください

必要事項をすべて入力してください

姓 姓

名 姓

メールアドレス

パスワード

確認パスワード

Grafferアカウント機能、プライバシーポリシーについて同意して、アカウントを登録します。

Grafferアカウントに登録

「Grafferアカウントを登録する」をクリックして先に進む

仮登録完了画面へ移動

アカウントの仮登録が完了しました。

この画面が表示されたら仮登録完了です。アカウント登録時に記載したアドレスの受信メールをご確認ください。

(3) オンライン申請手順

① 同意画面

サンドボックス環境です

支援金支給申請 サンドボックス

岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金支給申請

入力状況 0%

岩手県 物価高騰対策支援金支給申請の「岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金支給申請」のネット申請ページです。

利用規約に同意する
[利用規約を読む](#)

申請に進む

岩手県 物価高騰対策支援金支給申請公式ページとして株式会社グラフィアーが運営しています。

利用規約を読んだ上で
同意欄にチェック



サンドボックス環境です

緊急対策支援金支給申請 サンドボックス

岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金支給申請

入力状況 0%

岩手県 物価高騰対策支援金支給申請の「岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金支給申請」のネット申請ページです。

利用規約に同意する
[利用規約を読む](#)

申請に進む

岩手県 物価高騰対策支援金支給申請公式ページとして株式会社グラフィアーが運営しています。

同意欄にチェックすると
ボタンが表示されます
クリックして申請に進んでください

② 申請者の情報

本フォームに入力する際の注意点

ア 法人の場合、確定申告書類や履歴事項全部証明書に記載のある所在地・法人名・代表者氏名を入力し
個人事業主の場合は、確定申告書類に記載のある屋号及び本人確認書類に記載のある住所・代表者氏名を入力してください。

「個人」または「法人」のいずれか該当する方を選択してください

申請者の情報

申請者の種別

個人

法人

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

申請者情報を記入してください。
※漏れが無いように入力をしてください。

申請者の情報

申請者の種別

個人

法人

法人を検索して自動入力する

法人名

岩手県

法人名(カナ)

イワテケン

郵便番号

ハイフンなしの半角数字を入力してください

0208778

住所を自動で入力

所在地

盛岡市華道1-3-6

一時保存して、次へ進む

< 制度概要ページに戻る

選択をすると該当する
入力フォームが出現

入力後、
「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

代表者の職

代表

代表者の職(カナ)

タイヒョウ

代表者氏名

岩手太郎

代表者氏名(カナ)

イワテタロウ

担当者の職

総務部長

担当者氏名

盛岡太郎

担当者TEL

ハイフンなしの半角数字を入力してください

0196137001

FAX

0196137001

担当者E-mail

info@gmail.com

一時保存して、次へ進む

< 戻る

申請者情報を記入してください。
※漏れが無いように入力をしてください。

平日昼間に事務局と
連絡が取れる電話番号を
記載してください

入力後、
「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

③ 支援金の振込先口座情報

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本様式に記載する「申請者の名義」と下部に記載する「口座名義」が違う場合、別途「様式第4号 委任状」の提出が必須となります。
- イ 「様式第4号 委任状」はオンラインでの提出は出来ません。特設サイトからダウンロードの上、記載いただき事務局まで郵送をお願いします。※様式第4号 委任状については P42 を参照。
- ウ 振込先口座情報は「正確に」記載をお願いします。下記について必ず提出前にご確認ください。
 - Q 振込先の銀行情報や普通・当座の記載に間違いはないか？
 - Q 口座名義に間違いはないか？(通帳見開きの口座名と一致しているか?)

振込先口座情報を記入してください。
※漏れが無いように入力してください。

The screenshot shows a web form titled "支援金の振込先口座情報" (Support Fund Transfer Account Information). The form contains several input fields and sections:

- 金融機関名** (Financial Institution Name): A dropdown menu with "りそ銀行" (Riso Bank) selected and a green checkmark.
- 金融機関コード** (Financial Institution Code): A text input field containing "0123" with a green checkmark.
- 本・支店名** (Main/Branch Name): A dropdown menu with "本店" (Head Office) selected.
- 支店コード** (Branch Code): A text input field containing "001" with a green checkmark.
- 種別** (Type): Radio buttons for "普通" (General) and "当座" (Current). "普通" is selected.
- 口座番号** (Account Number): A text input field.
- 口座名義** (Account Name): A text input field.
- イフテクトロク** (If Tech Log): A dropdown menu with "イフテクトロク" selected.
- 通帳コピー (表紙)** (Passbook Copy (Cover)): A section with a "ファイルを選択..." (Select File...) button and a preview of a file named "lwate.jpg".
- 通帳コピー (見開き)** (Passbook Copy (Open)): A section with a "ファイルを選択..." (Select File...) button and a preview of a file named "50x18cxd5451a9f98b1cd19be237eac371-1.jpg".
- 一時保存して、次へ進む** (Save Temporarily, Next): A blue button at the bottom.
- 戻る** (Back): A light blue button at the bottom.

金融機関コードが不明な場合
各金融機関のHPに
記載がありますのでご確認ください

振込口座通帳の表面を添付してください。
画像かPDFで添付してください。
(スマホの撮影画像も可)

振込口座通帳の表面を開いた直後のページを
見開きで添付してください。
画像かPDFで添付してください。
(スマホの撮影画像も可)

入力後、「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

③ 必要書類の添付

(1) 添付書類 1

振込先口座の通帳の**表紙**と**見開き**の画像を添付してください。

添付する際の注意点

- ア 通帳のコピーは、必ず通帳の「表紙面」と「見開き面」をどちらも添付してください。
- イ 添付画像が不足している場合は審査を進めることができません。提出前に必ず内容をご確認ください。

添付① 振込先口座の通帳の**表紙**



添付② 振込先口座の通帳の**見開き**



(2) 添付書類 2

その他知事が必要と認める書類

注意点

- ① 審査・支給のために、手続き上、追加書類を事務局から提出依頼させていただく場合があります。
- ② 追加書類は【様式第4号 委任状】を除き、事務局あてにメールでの提出も可能です。
- ② 追加で提出を依頼した書類が期日までに事務局に郵送されない場合、審査を進めることができず「不支給」とさせていただく場合があります。

分類 1 救護施設 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 1 救護施設に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

The screenshot shows the '申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)' form. A red box highlights the dropdown menu where '1 救護施設' is selected. Another red box highlights the input fields for '施設①' (Facility 1), which are filled with '岩手医院', '盛岡市菜園一丁目3-6', and '30'. A third red box highlights the '一時保存して、次へ進む' button at the bottom. Red arrows point from these boxes to callout text boxes.

申請分類 1 救護施設を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

一時保存して、次へ進む

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

- ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力
- イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

分類 2 障害福祉サービス事業所等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 2 障害福祉サービス事業所等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

The screenshot shows a web form titled '申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)' (Application Information (1 application, up to 5 facilities inputable)). The form is divided into sections for different types of facilities. Two sections are highlighted with red boxes and callouts:

- Facility 1:** A dropdown menu is set to '2 障害福祉サービス事業所等' (Disability Welfare Services). A callout box points to this dropdown, stating: '申請分類 2 障害福祉サービス事業所等を選択' (Select Classification 2: Disability Welfare Services). Another callout box points to the dropdown options, stating: '選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。 ※漏れが無いように入力してください。' (The input form corresponding to the selected application classification will be displayed, so please input. ※Please input so that there are no omissions.)
- Facility 2:** A dropdown menu is set to '【施設②】 療育介護事業所' (Facility 2: Therapeutic Care Facility). A callout box points to this dropdown, stating: '区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP4に掲載している別表 分類2【障害福祉サービス事業所等】をご確認ください。' (The calculation method for the support amount varies by division/service type. Please check the separate table for Classification 2【Disability Welfare Services】 on page 4 for details.)

At the bottom of the form, there is a blue button labeled '一時保存して、次へ進む' (Save temporarily, go to next). A callout box points to this button, stating: '複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。 ※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。' (If you have multiple facilities, please input Facility 2. ※If you have only one facility, input is not necessary.)

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力

イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

分類 3 介護サービス事業所等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 3 介護サービス事業所等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請分類 3 介護サービス事業所等を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。 ※漏れが無いように入力してください。

区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP5に掲載している別表 分類3【介護サービス事業所等】をご確認ください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。 ※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

一時保存して、次へ進む

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力

イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

分類 4 児童養護施設等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 4 児童養護施設等に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。
本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。
申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請分類 4 児童養護施設等を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

一時保存して、次へ進む

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ **本マニュアルの P26 へ移動**

分類 5 医療施設 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 5 医療施設 に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請分類 5 医療施設を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力をしてください。

区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP6に掲載している別表 分類5【医療施設】をご確認ください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

令和5年4月1日～令和5年11月30日に稼働実績があり、基準日(令和5年12月1日)以降も稼働予定のある病棟(有床診療所の場合は施設全体)の病床数の合計を記入。

<計算例>
A病棟 50床(38床稼働)
B病棟 50床(24床稼働)
C病棟 50床(休棟中)
⇒ 100床として記入・申請

※病床機能報告と同様の算定方法となります。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

④-6 申請事業所情報【分類 6 施術所】

分類 6 施術所 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 6 施術所に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
- イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。
本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
- ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。
申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
 - ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
 - ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請分類 6 施術所を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力をしてください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。
ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

分類 7 薬局 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 7 薬局 に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。
本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。
申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
 - ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請分類 7 薬局を選択

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力)

申請分類 (※1~7の分類をまとめて申請することはできません) 必須
複数の分類を運営している場合、分類ごとに分けて申請ください。6施設以上申請の方はトップページから【この申請を元に新規申請】より追加申請ください。※重複申請のないようご注意ください

7 薬局

施設①: 事業所名・名称 必須
※重複申請のないようご注意ください

岩手の森

施設①: 所在地 必須

盛岡市菜園一丁目3-6

施設①: 事業所数 必須
1を入力ください。※療養費の受領委任を行っていない施設は支給対象外です

1

施設②: 事業所名・名称 任意
※重複申請のないようご注意ください

施設②: 所在地 任意

施設②: 事業所数 任意
1を入力ください。※療養費の受領委任を行っていない施設は支給対象外です

一時保存して、次へ進む

< 戻る

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
 ※漏れが無いように入力をしてください。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
 ※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて、施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

- ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合はフォームに入力
- イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P26 へ移動

すべての分類共通

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本チェックボックスはすべての分類に共通です。
- イ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請となります。
- ウ 本システムでは皆様が別途申請した際に、基本情報の入力作業を簡略化できるよう、システム内に「最初の申請情報が一時保存」されるようになっています。
- エ 本チェックボックスは「6施設以上申請する際の方法」と「注意事項」について明記しておりますので必ずご一読の上で、チェックをお願いします。
- オ 記載している内容は下記となります。

確認事項

1度に申請入力いただけるのは最大5施設となります。6施設以上申請の場合は、最初のマイページへ戻り『この申請を元に新規申請』から追加申請をお願いします。尚、前回の入力内容が残っておりますので、消し忘れの重複申請にご注意願います。

施設⑤：所在地 任意

施設⑤：事業所数 任意

1を入力ください。※療養費の受領責任を行っていない施設等は支給対象外です

確認事項 必須

1度に申請入力いただけるのは最大5施設となります。6施設以上申請の場合は、最初のマイページへ戻り『この申請を元に新規申請』から追加申請をお願いいたします。尚、前回の入力内容が残っておりますので、消し忘れの重複申請にご注意願います。

確認しました。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

必ずご一読いただき
「確認しました。」に
チェックをお願いします。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリック

⑥ 誓約書 兼 同意書

誓約書 兼 同意書に関する注意点

ア 本フォームの確認欄にすべてチェックされていない場合審査の対象となりません。
支給を希望される方は、必ず内容を確認の上、すべての確認欄にチェックしてください。

誓約事項の内容をお読みいただき
全ての「確認しました」にチェックをお願いします。
一つでもチェックがない場合は審査の対象となりません。

誓約書 兼 同意書

誓約項目1 義務
本申請書の提出が各自治体の審査対象となります。

確認しました

誓約項目2 義務
本申請書の提出が各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

誓約項目3 義務
本申請書を提出して申請いたします。

確認しました

誓約項目4 義務
申請書に提出する書類を提出し、申請書の審査対象となります。

確認しました

誓約項目5 義務
申請書に提出する書類を提出し、申請書の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

同意項目1 義務
この申請書の提出が各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

同意項目2 義務
この申請書の提出が各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

同意項目3 義務
個人情報を提供することにより、各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

同意項目4 義務
本申請書によって各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

確認項目1 義務
申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

確認項目2 義務
申請書の内容が各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

確認項目3 義務
申請書の内容が各自治体の審査対象となります。また、申請書の内容が各自治体の審査対象となります。申請書の内容が各自治体の審査対象となります。

確認しました

一時保存して、次へ進む

戻る

全ての項目にチェックが終わったら
「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

⑧ 申請受け付けのお知らせメール到着

- ア** 本メールは下記のアドレスから自動送信します。受け取りが出来るよう受信設定をお願いします。
メール配信アドレス noreply@mail.graffer.jp
- イ** Google、LINEを活用して登録、ログインをされた方は「Google」、「LINE」に登録しているアドレスにお知らせメールが送信されます。
- ウ** 本メールへの返信は出来ません。事務局とメールにて連絡を取りたい場合は下記アドレスまでお願いします。
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局アドレス
MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp



⑨ 申請内容の保管

- ア** 申請した内容は返信メールに記載されているURLから閲覧が可能です。
- イ** 申請した内容はプリントアウトし、【令和12年(2030年)3月31日】まで必ず保管をお願いします。

保管手順1



保管手順2



保管手順3



(1) 様式第1号

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給申請書兼請求書

(様式第1号)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)
支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

岩手県知事 達増拓也 様

申請者所在地 (法人の場合は法人所在地)		〒 岩手県	
フリガナ			
法人名 (個人事業主の場合は屋号)			
フリガナ		フリガナ	
代表者の職		代表者氏名	
<small>※個人事業主の場合は氏名のみ記載願います。</small>			
事業者種別 (該当種別をチェックしてください)	法人		個人
担当者の職		担当者氏名	
	担当者TEL		FAX
	担当者E-mail		

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の支給を受けたいので、
本書面に関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

- 1 申請分類 本申請において該当する支給要領別表1～7の分類をチェックしてください。
 ※ 下記の1～7の分類をまとめて(複数)申請することはできません。
 ※ 複数の分類を運営している場合、分類ごとに分けて申請願います。
 ※ 分類について詳細は別表を参照ください。

<input type="checkbox"/>	1 介護施設	<input type="checkbox"/>	2 障害福祉サービス事業所等
<input type="checkbox"/>	3 介護サービス事業所等	<input type="checkbox"/>	4 児童養護施設等
<input type="checkbox"/>	5 医療施設	<input type="checkbox"/>	6 施術所
<input type="checkbox"/>	7 薬局		

- 2 申請額兼請求額

	円
--	---

- 3 支援金の振込先口座情報

(申請書のほか、通帳の表紙及び通帳を開いた1・2ページ目の写しを添付してください。)

※ 口座名義は通帳の見開きに記載があるカナ名義の表記となります。

※ 申請者(法人名又は代表者)と振込口座名義が違う場合、様式第4号委任状の提出が必要となります。

金融機関名				金融機関 コード							
本・支店名				支店コード							
口座種別	普通	<input type="checkbox"/>	当座	<input type="checkbox"/>	口座番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
口座名義 (カナ名義)											

参考 様式第1号記入例

様式第1号を記載する際の注意点

- ① 法人の場合、確定申告書類や履歴事項全部証明書に記載のある所在地・法人名・代表者氏名を記入し、個人事業主の場合は、確定申告書類に記載のある屋号及び本人確認書類に記載のある住所・代表者氏名をご記入ください。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、分類ごとに申請を行ってください。複数の分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。
- ③ 本様式に記載する「申請者の名義」と下部に記載する「口座名義」が違う場合、別途「様式第4号 委任状」の提出が必須となります。

(様式第1号)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和5年度第2回）
支給申請書兼請求書

岩手県知事 達増拓也 様

令和 6 年 1 月 7 日

申請日(記載日)を記載

個人で申請の場合
屋号を記載

平日昼間に
事務局と連絡が
取れる番号を記載

申請者所在地 (法人の場合は法人所在地)	〒 020-8778 岩手県 盛岡市菜園一丁目3-6 農林会館411号室		
フリガナ	トクテイリョウモウジニワケンカイ		
法人名 (個人事業主の場合は屋号)	特定医療法人 岩手県会		
フリガナ	インチョウ	フリガナ	マウラ ヨロフ
代表者の職	理事長	代表者氏名	岩手 太郎
事業者種別 (該当種別をチェックしてください)	法人	<input checked="" type="checkbox"/>	個人
担当者の職	総務部長	担当者氏名	岩手 県二
担当者TEL	019-613-7001	FAX	019-000-0000
担当者E-mail	info@iwate-syukaihukusi-iryoushien.jp		

申請者情報記入
※漏れなく記入し
てください

該当する
申請分類をチェック
複数の申請分類を有
する場合、申請分類ご
とに申請願います。
※一度の申請で複数
分類を同時に申請す
ることはできません。

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の支給を受けたいので、
本書面に関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

- 1 申請分類 本申請において該当する支給要領別表1～7の分類をチェックしてください。
※ 下記の1～7の分類をまとめて(複数)申請することはできません。
※ 複数の分類を運営している場合、分類ごとに分けて申請願います。
※ 分類について詳細は別表を参照ください。

<input type="checkbox"/>	1 救護施設	<input type="checkbox"/>	2 障害福祉サービス事業所等
<input type="checkbox"/>	3 介護サービス事業所等	<input type="checkbox"/>	4 児童養護施設等
<input checked="" type="checkbox"/>	5 医療施設	<input type="checkbox"/>	6 施術所
<input type="checkbox"/>	7 薬局		

- 2 申請額兼請求額

450,000 円

申請額は、本マニュアルのP4～P6に記載の
別表を参考に算出をお願いします。

- 3 支援金の振込先口座情報

(申請書のほか、通帳の表紙及び通帳を開いた1・2ページ目の写しを添付してください。)

※ 口座名義は通帳の見開きに記載があるカナ名義の表記となります。

※ 申請者(法人名又は代表者)と振込口座名義が違う場合、様式第4号委任状の提出が必要となります。

金融機関名	岩手銀行	金融機関 コード	123
本・支店名	本店	支店コード	1
口座種別	普通 <input checked="" type="checkbox"/> 当座	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
口座名義 (カナ名義)	イ) イワケンカイ		

金融機関コードが
不明な場合
各金融機関のHPに
記載がありますので
ご確認ください。

振込先口座情報を通帳に記載してあるとおりに「正確に」記載願います。

(2) 様式第2号-1

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給申請内訳書

分類 1 救護施設・2 障害福祉サービス事業所等 3 介護サービス事業者等・4 児童養護施設等 用

分類	1 救護施設・2 障害福祉サービス 3 介護サービス・4 児童養護施設用
----	-----------------------------------------

(様式第2号-1)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回) 支給申請内訳書

令和 年 月 日

4 申請事業所・申請金額内訳

- ※ 本申請によって申請する事業所情報等について、別表を参考に記載ください。
- ※ 本申請によって異なる分類をまとめて申請することはできません。
- ※ 下記の①～④の施設については定員数を、それ以外は事業所数に該当「1」を記載してください。

- ① 救護施設
- ② 障害福祉サービス事業所等のうち入所系施設
- ③ 介護サービス事業者等のうち入所系施設
- ④ 児童養護施設等

※ 同じ分類内で複数のサービス種別を運営している場合、本様式により一括での申請が可能です。

1	事業所名	事業所番号(障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
	サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
2	事業所名	事業所番号(障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
	サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
3	事業所名	事業所番号(障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
	サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
4	事業所名	事業所番号(障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
	サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
5	事業所名	事業所番号(障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
	サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
申請額合計				円	

【申請にあたっての留意事項】 ※ 必ずお読みください。

※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。

その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

※ 児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を記載願います。

参考 様式第2号-1記入例

様式第2号-1を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 1 救護施設・2 障害福祉サービス事業所等・3 介護サービス事業所等 4 児童養護施設等の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

(様式第2号-1)
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和5年度第2回）
 支給申請内訳書

4 申請事業所・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する事業所情報等について、別表を参考に記載ください。
 ※ 本申請によって異なる分類をまとめて申請することはできません。
 ※ 下記の①～④の施設については定員数を、それ以外については事業所数を記載してください。

① 救護施設
 ② 障害福祉サービス事業所等のうち入所系施設
 ③ 介護サービス事業所等のうち入所系施設
 ④ 児童養護施設等

申請日を記入

分類を
ご確認ください

令和 6 年 1 月 7 日

必要箇所を
漏れなく記入してください

事業所名	事業所番号（障害・介護のみ）	定員数 事業所数	単価 （円）	申請金額 （円）
障がい者支援施設 岩手のま	0000000000	30	10,000	300,000
サービス種別（障害・介護のみ）	所在地			
障がい者支援施設	盛岡市基町一丁目3-6			
2				
事業所名	事業所番号（障害・介護のみ）	事業所数	単価	申請金額
岩手センター	0000000000	1	90,000	90,000
サービス種別（障害・介護のみ）	所在地			
自立訓練（機能訓練）事業所	盛岡市内丸2-10			
3				
事業所名	事業所番号（障害・介護のみ）	定員数 事業所数	単価 （円）	申請金額 （円）
サービス種別（障害・介護のみ）	所在地			
4				
事業所名	事業所番号（障害・介護のみ）	定員数 事業所数	単価 （円）	申請金額 （円）
サービス種別（障害・介護のみ）	所在地			
5				
申請額合計			390,000	円

2障害福祉サービス事業所等
3介護サービス事業所等の方
のみ記入

下記に該当する施設「以外」は数字の「1」を記入。
 それ以外は定員数を記入。
 ア 救護施設
 イ 障害福祉サービス事業所等のうち入所系施設
 ウ 介護サービス事業所等のうち入所系施設
 エ 児童養護施設等

申請金額の合計を記載
 ※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。
 ※ 事業所数が上記で正しい場合は、本書をコピーしてご利用ください。
 その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。
 ※ 児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を

(3) 様式第2号-2

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給申請内訳書

分類 5 医療施設用

分類	5 医療施設用
----	---------

(様式第2号-2)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回) 支給申請内訳書

令和 年 月 日

4 申請施設・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する施設情報等について、別表を参考に記載ください。

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関以外）】 (単位：円)

名称	所在地		
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)	病床数(休床除く)	加算支援金額
200,000円	20,400円	床	円
※ 光熱費相当分10,000円+食材料費相当分10,400円			申請金額
			円

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関）】 (単位：円)

名称	所在地		
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)	病床数(休床除く)	加算支援金額
200,000円	43,400円	床	円
※ 光熱費相当分10,000円+食材料費相当分10,400円+特別高圧受電医療機関加算支援金23,000円			申請金額
(契約種別が特別高圧受電契約に属することが確認できる書類を添付してください。)			円

【無床診療所・歯科診療所・助産所】 (単位：円)

名称	所在地	申請金額
		100,000円

【申請にあたっての留意事項】 ※ 必ずお読みください。

※ 複数の施設の申請をまとめて行う場合は、本書をコピーしてご利用ください。

※ 以下の医療施設は支給対象となりません。

【支給対象外となる医療施設】

- ・公立(県立・市町村立)の医療機関
- ・保険診療機関の指定を受けていない病院・診療所・歯科診療所
- ・医療法に基づく開設手続を行っていない助産所
- ・企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の医療施設

※ 同一施設内で複数の診療報酬上の指定を受けている場合、いずれか一方のみ申請可能です。

※ 休床中の病床・病床は支給対象となりません。

(申請病床数と病床報告書の病床数に差異がある場合、確認書類の提出を求めることがあります。)

※ 全ての病床を休床している有床診療所は、無床診療所として申請してください。

参考 様式第2号-2記入例

様式第2号-2を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 5 医療施設の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

区分が病院・有床診療所の場合

申請金額の合計を記載
 ※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額
 ※全ての病床を休床している有床診療所は、無床診療所として申請してください。

分類をご確認ください

必要箇所を漏れなく記入してください

申請日を記入

建設及び医療施設等物産高野果実対策支援金（令和5年度第2回）
 申請書

令和 6 年 1 月 7 日

申請施設・申請金額内訳

※ 本申請書によって申請する施設情報等については、別表を参考にしてください。

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関以外）】					(単位：円)
名称	所在地		病床数(休床除く)	加算支援金額	申請金額
岩手県病院	盛岡市内丸1-1		30 床	512,000円	812,000円
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)				
200,000円	20,400円				
※ 光熱費相当分10,000円+食材料費相当分10,400円					
【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関）】					(単位：円)
名称	所在地		病床数(休床除く)	加算支援金額	申請金額
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)				
200,000円	43,400円				
※ 光熱費相当分10,000円+食材料費相当分10,400円 特別高圧受電医療機関					
(契約種別が特別高圧受電契約に属することを確認できる書類を添付してください。)					
【無床診療所・歯科診療所・助産所】					(単位：円)
名称	所在地				申請金額
					100,000円

区分が無床診療所(医科)、歯科診療所、助産所の場合
 一律、本欄に記載の100,000円が申請金額となります。
 ※様式1の申請金額兼請求額に記載する額

令和5年4月1日～令和5年11月30日に稼働実績があり、基準日(令和5年12月1日)以降も稼働予定のある病棟(有床診療所の場合は施設全体)の病床数の合計を記入。

<計算例>

A病棟 50床(38床稼働)/B病棟 50床(24床稼働)/C病棟 50床(休床中)

⇒ 100床として記入・申請

※病床機能報告と同様の算定方法となります。

(4) 様式第2号-3

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給申請内訳書

分類 6 施術所用

分類 6 施術所用

(様式第2号-3)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)
支給申請内訳書

令和 年 月 日

4 申請事業所・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する事業所情報等を、別表を参考に記載ください。

※ 同一法人等が複数の施術所を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

【施術所(あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師)】

(単位:円)

	名称	所在地	申請金額
1			33,000円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

申請額合計

円

- 【申請にあたっての留意事項】 ※ 必ずお読みください。
- ※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。
 - ※ 療養費の受領委任を行っていない施術所は支給対象となりません。
 - ※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一箇所のみ申請が可能です。

参考 様式第2号-3記入例

様式第2号-3を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 6 施術所の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

分類を
ご確認ください

分類 6 施術所用

(様式第2号-3)
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和5年度第2回）
支給申請内訳書

4 申請事業所・申請金額内訳 申請日を記入 令和6年1月7日

※ 本申請によって申請する事業所情報等を、別添を必ず添付してください。
 ※ 同一法人等が複数の施設所を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

必要箇所を
漏れなく記入してください

No.	名称	所在地	申請金額
1	岩手堂 菜園店	盛岡市菜園一丁目3-6 墨神会館301号	
2	岩手堂 内丸店	盛岡市内丸10-1	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

「一施術所あたり」、一律、本欄に記載の33,000円が
申請金額となります。

33,000円

記入した施術所の数×単価(33,000円)で算出した
申請金額の合計を記載
※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額

申請額合計 66,000円

※ 申請金額が正しく正しい場合は、本書をそのままとしてご利用ください。
 その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。
 ※ 療養費の受領委任を行っていない施設所は支給対象となりません。
 ※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施設所が複数ある場合は、
 いずれか一箇所のみ申請が可能です。

(5) 様式第2号-4

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)支給申請内訳書

分類 7 薬局用

(様式第2号-4)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回) 支給申請内訳書

令和 年 月 日

4 申請施設・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する施設情報等を、別表を参考に記載ください。

※ 同一法人が複数の保険薬局を開業している場合、本様式により一括での申請が可能です。

【薬局】

(単位:円)

	名称	所在地	申請金額
1			15,000円
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

申請額合計

円

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。

※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。

その場合一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

参考 様式第2号-4記入例

様式第2号-4を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 7薬局の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

分類

7 薬局用

(様式第2号-4)
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)
支給申請内訳書

4 申請施設・申請金額内訳 申請日を記入 令和 6 年 1 月 7 日

※ 本申請によって申請する施設情報等を、別表を参考に記載ください。
 ※ 同一法人が複数の保険薬局を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

【薬局】

No.	名称	所在地	申請金額
1	岩手県薬局	盛岡市内丸10-1	15,000円
2	農林薬局	盛岡市美田一丁目2-6 農林会館201号	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	記入した保険薬局の数×単価(15,000円)で算出した 申請金額の合計を記載 ※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額		
16			
17			
18			
19			
20			

申請額合計
30,000
円

分類を
ご確認ください

申請日を記入

令和 6 年 1 月 7 日

必要箇所を
漏れなく記入してください

「一保険薬局あたり」、一律、本欄に記載の
15,000円が申請金額となります。

15,000円

記入した保険薬局の数×単価(15,000円)で算出した
申請金額の合計を記載
※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額

申請額合計 30,000 円

※ 事業所数以上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
 その場合一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

(6) 様式第3号

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)

誓約書兼同意書

(様式第3号)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回) 誓約書兼同意書

令和 年 月 日

岩手県知事 達 増 拓 也 様

法人名
(個人事業主の場合は屋号) _____
代表者職
(個人事業主の場合は氏名のみ) _____
代表者氏名 _____

私は、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(以下「支援金」という。)の支給申請を行うにあたり、次に記載の項目について、誓約及び同意します。

なお、虚偽の誓約を行った場合又は同意した項目に違反した場合には、岩手県知事が支給額を決定する前であれば、支援金の支給申請を取り下げ、既に支援金の支給を受けていた場合は、速やかに岩手県に支援金を返還します。

記

確認	誓約項目
	本支援金の支給対象者の要件を満たしていること。
	本支援金の支給申請あたり、岩手県(支援金事務局)に提出した本支援金の関係書類、及び通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽のないこと。
	本支援金を重複して申請しないこと。
	申請日現在事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思のあること。
	暴力団(※)でなく、また、役員等が暴力団員(※)や暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していないこと。 かつ、将来にわたっても本項に該当しないこと。 ※ 岩手県暴力団排除条例(平成23年岩手県条例第35号)第2条第2号及び同条第3号に規定するものをいう。

確認	同意項目
	岩手県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じること。
	以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じること。 ① 虚偽の申請が判明した場合 ② 誤った申請と給付がされていた事が判明した場合 ③ 誓約事項が順守されなかった場合
	個人情報の取り扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有すること。
	本支援金によって収集した個人情報は社会福祉施設及び医療施設等の支援や管理の目的で岩手県が活用する事があること。

確認	確認項目
	申請に必要な様式1～3について、内容を確認、記載し同封しました。
	通帳の表紙、口座番号及び名義人(カタカナ)が確認できる箇所の写しを添付しました。
	申請者と振込口座の名義を確認しました。 また、確認の上で、振込口座の名義が違う場合は委任状を添付しました。

※ 上記の各種項目に誓約、同意する場合には、各種項目横左の確認欄に☑チェックを記入すること。

※ 確認項目の記載内容を確認の上、必要な書類を手配し、各種項目横左の確認欄に☑チェックを記入すること。

※ 確認欄の全てに☑チェックの記入がある場合のみ、当該支給申請を受理し、申請内容について、審査を行う。

参考 様式第3号記入例

様式第3号を記載する際の注意点

- ① 法人名、代表者職、代表者氏名は様式第1号に記載の内容と同一の内容で記入してください。
- ② 本様式の確認欄にすべてチェックされていない場合審査の対象となりません。
支給を希望される方は、必ず内容を確認の上で、すべての確認欄にチェックしてください。

(様式第3号)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対応支援金（令和5年度第2回）

誓約書兼同意書

岩手県知事 遠 増 拓 也 様

令和 6 年 1 月 7 日

法人名
(個人事業主の場合は屋号)

代表者職
(個人事業主の場合は氏名のみ)

代表者氏名

特定医療法人 岩手県会

理事長

岩手 太郎

申請日を記入

内容を確認の上、
全ての確認欄にチェックを入れてください。

支援金（以下「支援金」という。）の支給申請
意します。
反した場合には、岩手県知事が支給額を決定す
るであれば、支援金の支給申請を取り下げ、既に支援金の支給を受けていた場合は、速やかに岩手
県に 支援金を返還します。

様式第1号に記載の情報と
齟齬が無いか確認の上
漏れなく記入してください

記	
誓約項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	本支援金の支給対象者の要件を満たしていること。
<input checked="" type="checkbox"/>	本支援金の支給申請あたり、岩手県（支援金事務局）に提出した本支援金の関係書類、 通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽のないこと。
<input checked="" type="checkbox"/>	本支援金を重複して申請しないこと。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請日現在事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思のあること。
<input checked="" type="checkbox"/>	暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者で なく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していないこと。 かつ、将来にわたっても本項に該当しないこと。 ※ 岩手県暴力団排除条例（平成23年岩手県条例第35号）第2条第2号及び同条第3号に規定 するものをいう。
確認	
同意項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	岩手県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じること。
<input checked="" type="checkbox"/>	以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じること。 ① 虚偽の申請が判明した場合 ② 誤った申請と給付がされていた事が判明した場合 ③ 誓約事項が順守されなかった場合
<input checked="" type="checkbox"/>	個人情報の取り扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有す ること。
<input checked="" type="checkbox"/>	本支援金によって収集した個人情報は社会福祉施設及び医療施設等の支援や管理の目的で岩 手県が活用する事があること。
確認	
確認項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	申請に必要な様式1～3について、内容を確認、記載し同封しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	通帳の表紙、口座番号及び名義人（カタカナ）が確認できる箇所の写しを添付しました。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請者と振込口座の名義を確認しました。 また、確認の上で、振込口座の名義が違う場合は委任状を添付しました。

- ※ 上記の各種項目に誓約、同意する場合には、各種項目横長の確認欄に□チェックを記入すること。
※ 確認項目の記載内容を確認の上、必要な書類を準備し、各種項目横長の確認欄に□チェックを記入すること。
※ 確認欄の全てに□チェックの記入がある場合のみ、当該支給申請を受理し、申請内容について、審査を行う。

(7) 様式第4号

委任状

本様式は、申請者名義と振込口座名義が異なる場合のみ提出が必要です。

様式第4号

委任状

令和 年 月 日

岩手県知事 逢坂 拓志 様

委任者

所在地

法人名（屋号）

代表者職・氏名

印

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対応支援金(令和5年度第2回)の受領に関する権限を以下の者に委任します。

受任者

所在地

法人名

受任者職・氏名

【振込口座（受任者名義の口座）】

金融機関名		金融機関 コード	
本・支店名		支店 コード	
口座種別	普通	当座	口座番号
口座名義 (カナ表記)			

参考 様式第4号記入例

様式第4号を記載する際の注意点

- ① 本様式は、申請者名義と振込口座名義が異なる場合のみ提出が必要です。
様式第1号に記載した、申請者名義と振込口座名義が同一の場合、提出の必要はありません。
- ② 委任者(申請者)情報の記入欄には、委任者(申請者)の捺印が必須です。
※受任者情報の記入欄への捺印は必要ありません。

様式第4号

委 任 状

岩手県知事 辻増 拓也 様

委任者
所在地 **盛岡市内丸2-10**
法人名(屋号) **特定医療法人 岩手県会**
代表者職・氏名 **理事長 岩手 太郎**

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和5年度第2回)の受領に関する権限を以下の者に委任します。

受任者
所在地 **盛岡市内丸2-10**
法人名 **特定医療法人 岩手県会**
受任者職・氏名 **総務部長 岩手 泉二**

【振込口座(受任者名義の口座)】

金融機関名	岩手銀行			金融機関コード	123							
本・支店名	本店			支店コード	1							
口座種別	普通	<input checked="" type="checkbox"/>	当座	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	0
口座名義 (カナ名義)	イ) イワテケンカイ											

申請日を記入

令和**6**年**1**月**7**日

申請者情報を記入

申請者の印鑑(代表者印)を捺印ください
※法人印は不可

受任者情報を記入してください
※捺印の必要無し

様式第1号に記載の口座情報を記入

11 郵送申請 添付書類

(1) 添付書類 1

振込先口座の通帳の表紙と見開きのコピー

添付する際の注意点

- ① 通帳のコピーは、必ず通帳の「表紙面」と「見開き面」を1部ずつコピーし提出してください。
- ② 添付書類が不足している場合は審査を進めることができません。提出前に必ず内容をご確認ください。

添付① 振込先口座の通帳の表紙



添付② 振込先口座の通帳の見開き



(2) 添付書類 2

その他知事が必要と認める書類

注意点

- ① 審査・支給のために、手続き上、追加書類を事務局から提出依頼させていただく場合があります。
- ② 追加で提出を依頼した書類が期日までに事務局に送付されない場合、審査を進めることができず「不支給」とさせていただく場合があります。

12 審査について

<審査について>

- 書類の到着確認、審査状況、支払時期に関するお問い合わせは、ご遠慮ください。
 - ※多くの事業所からの申請が見込まれることから、書類の到着段階では、個々の送付者（申請者）の確認はしておりません。審査に入った段階で申請者及び内容を確認し、不備等がある場合には、別途連絡いたします。
 - ※(悪天候などの理由により)発送書類の輸送状況等に関して、不安がある場合には、レターパックなど追跡手段のある方法で、ご郵送ください。
- 審査が終了し、支払時期が確定した段階で決定通知をお送りします。
- ※通知が届かないことを防ぐため、住所については建物名・部屋番号等を正確に記入してください。

13 その他付帯事項

<支給決定の取り消し>

- 支給要件に該当しない方が申請内容の偽りなど不正な手段によって、本支援金の支給決定を受けたことが判明したときは、支給決定を取り消し、すでに本支援金の支給を受けているときは、支援金の返還を命じます。
- ※本支援金の返還を命じた後に、指定の期日までに、本支援金に係る返還金の納付が確認できない場合には、本支援金に係る返還金のほかに、岩手県が、別に定める延滞金を徴収する場合があります。

<追加調査・返還等>

- 支援金を支給した後でも、必要に応じて申請内容の確認や書類の追加提出を求める場合があります。また、計算違いによる過誤払いや不正な申請(書類の偽造、誓約事項の虚偽など)が判明した場合は、返還を命じる場合があります。
- 他の行政機関から本申請に関する照会があった場合、情報の提供や申請書類を提出する場合がありますのでご了承ください。
※また、申請内容に不明な点がある場合には、税理士等に直接連絡をして確認を行うことがあります。

<会計処理について>

- 会計処理に当たっては、支援金収入を他の収入と区別できるようにしてください。

14 よくあるお問い合わせ(FAQ)

特設HPに最新版のFAQを掲載しますので、そちらもご確認ください

<支給対象、支給額>

	問い合わせ	回答
1	令和5年度に本支援金を申請しています。 2度目となる今回も申請は可能か？	第一回(令和5年5月～7月)の同支援金を受け取っている場合も、今回申請する事が可能です。
2	事業所、施設等は岩手県内にあるものの、本社が岩手県内にない場合、申請できるか？	本社が岩手県外であっても、岩手県内を所在地とする事業所、施設等が存在する場合は、当該事業所、施設分については支給対象となります。 なお、本社が岩手県内であっても、岩手県外に所在する事業所、施設分については支給対象外です。
3	支給された支援金の用途制限はあるか？	支援金は電気代等の高騰分に活用されることを想定していますが、特段の用途制限はありません。
4	同様の趣旨の給付金を他団体(市町村等)から受けている、又は受ける予定があるが、この支援金を申請することはできるか？	他団体からの同趣旨の給付金の受給(予定を含む)の有無に関わらず、本支援金を申請することが可能です。 ただし、本支援金を受給した場合に他の給付金を受給することができるか否かは、他の給付金の支給要件等をご確認ください。
5	一つの事業所で複数のサービスを運営している場合、それぞれのサービス毎に申請ができるか？	指定を受けているサービス毎に支援金を支給します。
6	令和5年12月2日以降に開業した事業所でも申請は可能か？	令和5年12月1日において、岩手県内に所在することが申請要件です。対象外となります。
7	○令和5年12月1日には事業を行っていたが、現在(申請日時点)では、事業を終了している場合、申請は可能か？ ○現在は事業を行っているが、2月に事業を終了する予定でいるが申請は可能か？	令和5年12月1日に岩手県に所在していること、かつ、申請日時点で事業を継続する意思があることが支給要件となりますので、いずれの場合も申請対象外となります。
8	同じ法人で、本マニュアルに記載される分類1～分類7において「複数の分類」を運営している。 該当するすべての分類で支援金を申請することはできるのか？	事業を行っているそれぞれの分類で申請することが可能です。 ただし、「分類ごとに申請書を作成・提出していただく」必要があります。 分類ごとに様式第1号～3号(必要に応じて第4号も)と添付書類をそろえていただき申請してください。
9	分類1～分類7に該当していれば事業形態に関わらず、すべての事業所が支給対象となるか？	分類によって、対象外となる事業形態がある場合があります。本マニュアルP4～P6に掲載の別表に記載している各分類の支給要件を必ずお読みください。

14 よくあるお問い合わせ(FAQ)

特設HPに最新版のFAQを掲載しますので、そちらもご確認ください

<申請手続、申請書類>

	問い合わせ	回答
1	申請書に押印は必要か？	押印は必須ではありません。 ただし、申請者以外の銀行口座へお支払をする場合には委任状(様式第4号)への押印が必要となります。
2	複数の事業所、施設を運営している場合、事業所、施設ごとの申請になるのか、法人単位での申請になるのか？	法人が運営する事業所、施設をとりまとめて申請してください。 支給申請書は、法人単位での申請が可能のように1枚に運営する事業所、施設を複数記入することができます。 なお、1法人が異なる分類の事業所、施設を運営している場合は、申請分類ごとに申請書を作成いただく必要があります。
3	実績報告書の提出は必要か？	支援金支給のため、実績報告は不要です。 ただし、虚偽の申請があった場合は支援金の返還となります。
4	複数の事業所を運営しているが支給金額はいくらになるか？	分類、区分ごとに金額や算出方式が異なります。 本マニュアルP4～P6に掲載の別表をご一読いただき、様式第2号のうち貴法人の該当する分類の書式にて算出し、申請してください。
5	申請を行ったが支援金はいつ入金になるか？	申請に不備がない場合、「申請受理証」を発送してから、「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度の時間を要します。 なお、申請に不備がある場合は、不備が解消されるまで審査、支給をすることができません。
6	申請に不備があった場合、どのような対応になるか？	申請に不備があった場合、事務局よりフォローアップのために、ご連絡をさせていただきますので、事務局員の指示に従って、様式の修正や不足資料の手配をお願いします。
7	○申請締め切りが迫っているので直接事務局に申請書類を届けたい。 ○追加提出を依頼された書類を直接事務局に届けたい。	本事務局では多くの法人情報、個人情報扱うため、岩手県、事務局が面談の必要があると判断した場合を除き、事務局への訪問はお断りさせていただきます。 オンライン申請は即日申請が可能ですし、郵送での申請は当日消印が有効です。 誠に恐縮ですがそちらをご利用いただきますようお願いいたします。 事務局から要請された追加資料の提出については様式第4号を除きメールでの提出も可能です。

14 よくあるお問い合わせ(FAQ)

特設HPに最新版のFAQを掲載しますので、そちらもご確認ください

<障害福祉サービス事業所等・介護サービス事業所等関係>

	問い合わせ	回答
1	一つの事業所で複数のサービスを運営している場合、それぞれのサービス毎に申請ができるか？	指定を受けているサービス毎に支援金を支給します。
2	「入所系」と「通所系」の両方のサービスを実施しているが、それぞれ対象となるか？	「入所系」と「通所系」を両方実施している事業所は、両方のサービスで申請することができます。入所系と通所系の他にも、訪問系や相談系も申請することができます。
3	介護サービスと障害福祉サービスを同一建物内で提供しているが、障害分野と介護分野でそれぞれ申請可能か？	同じ場所で提供しているなど、双方の事業所を一体的に運営している場合は、どちらか一方の支援金しか申請できません。申請事業所毎に個別回答いたしますので、事務局にご相談ください。
4	医療機関であって障害福祉サービスを同一建物内で提供しているが、障害分野と医療分野をそれぞれ申請可能か？	同じ場所で提供しているなど、双方の事業所を一体的に運営している場合は、どちらか一方の支援金しか申請できません。申請事業所毎に個別回答いたしますので、事務局にご相談ください。

申請・お問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

盛岡市菜園一丁目3-6 農林会館301号室

MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL : 019-681-9913

受付時間…平日9:00～17:00

・受付時間外、土日祝日の問い合わせはご遠慮ください。

・多くの個人情報を扱う為、事務局を訪問しての申請書提出や相談はご遠慮いただいております。