

年 月 日

鳥取県知事様

(申請者) 郵便番号  
 住 所  
 氏 名

(法人の名称・代表者の役職・氏名)

## 医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい児福祉施設物価高騰対策支援事業)支給申請書

医療・社会福祉・保育施設等物価高騰対策応援金(障がい児福祉施設物価高騰対策支援事業)の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

## 1 申請額 金 円

## 2 申請内訳

施設区分	施設区分	施設名	所在地	定員数	基本額(円)	定員加算(円)	支給額(円)
入所系施設	障がい児入所施設				175,000	10,000	
通所系施設	児童発達支援 児童発達支援センター				27,000	2,000	
					27,000	2,000	
訪問系施設	放課後等デイサービス				27,000	2,000	
					27,000	2,000	
相談等事業所	居宅補訪問型児童発達支援				35,000		
	保育所等訪問支援				35,000		
合計					35,000		

※ 定員数の記載方法について

児童発達支援と放課後等デイサービスを一体的に営んでおり、定員を分けることができない(いわゆる多機能型)場合は、どちらか一方に記載してください。

## 3 振込先口座情報等

金融機関名			支店等名	
預金種別				
口座名義	(フリガナ)			
	名 称			

## 4 担当者情報

担当者職氏名	
電話番号	
メールアドレス	