

鳥取県知事 様

(申請者) 郵便番号
住 所
氏 名

(法人の場合は法人の名称・代表者の役職・氏名、
個人事業主の場合は施設の名称・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(保育施設等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(保育施設等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	施設名	所在地	児童等人数 (世帯数)	基本額(円)	支給額(円)
児童養護施設等 (入所施設)	・児童心理治療施設(入所)			33,000	
	・児童養護施設			33,000	
	・乳児院			33,000	
	・母子生活支援施設			25,000	
	・自立援助ホーム ・ファミリーホーム ・里親			25,000	
児童養護施設等 (通所施設)	・児童心理治療施設(通所)			8,000	
				8,000	
				8,000	
DV被害者等 支援施設				37,000	
				37,000	
				37,000	
合計					

※児童等人数(世帯数)は令和8年4月1日時点のものを記入すること

3 振込先口座情報等

債権者番号			
金融機関名			支店等名
預金種別		口座番号	
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	