

記入例

小平市長 殿

添付書類は不要です。

(別紙1)

令和 6年4月30日

法人の所在地 **小平市小川町2-1333**

法人名 **株式会社 小平介護サービス**

代表者名 **代表取締役 小平太郎**

印

代表者印

令和6年度 小平市介護事業所 食材費高騰臨時対策補助金交付申請書

小平市介護事業所食材費高騰臨時対策補助金として、次のとおり申請します。

申請金額 合計 **750,000** 円

1 申請する介護サービス事業所数、事業所名

①サービス種別	定員	補助額 (円)	申請 件数	申請額 (円)	介護事業所の名称 (左に記載の事業所分の名称を記入)
通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	19人以下	50,000	2	100,000	小平テイサービス 花小金井認知テイサービス
	20人～29人	100,000			
	30人～39人	150,000			
	40人以上	200,000			
短期入所生活介護、短期入所療養介護	—	150,000			
(看護) 小規模多機能型居宅介護	—	150,000			
認知症高齢者グループホーム	—	200,000	1	200,000	小川グループホーム
地域密着型特別養護老人ホーム	—	300,000			
特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム)、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	50人以下	150,000	1	150,000	小川有料老人ホーム
	51人～80人	200,000			
	81人以上	250,000			
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	50人以下	300,000	1	300,000	小平特別養護老人ホーム
	51人～80人	400,000			
	81人～99人	550,000			
	100人以上	650,000			
申請件数・申請額合計			5	750,000	

2 【振込先口座】

こだい	銀行	小川町	支店	普通	1	2	3	4	5	6	7
	信用金庫 労働金庫 農協		出張所	当座							
フリガナ	カ)コダイライカゴサービスダイヒョウトリシマリヤクコダイラタロウ										
口座名義	株式会社 小平介護サービス 代表取締役 小平太郎										

3 担当者連絡先

担当者名 : 小平花子 電話番号 : 042-000-0000

小平市長 殿

法人の所在地 **小平市小川町2-1333**

法人名 **株式会社 小平介護サービス**

代表者名 **代表取締役 小平太郎**

印

令和6年度 小平市介護事業所 食材費高騰臨時対策補助金 実績報告書

代表者印

補助金等の交付決定を受けた小平市介護事業所食材費高騰臨時対策補助金に係る実績について、次のとおり報告します。

小平市介護事業所 食材費高騰対策補助金決定金額 **750,000** 円

①サービス種別	定員	補助額 (円)	実績 件数	実績額 (円)	介護事業所の名称 (左に記載の事業所分の名称を記入)
通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護 認知症対応型通所介護	19人以下	50,000	2	100,000	小平デイサービス 花小金井認知デイサービス
	20人～29人	100,000			
	30人～39人	150,000			
	40人以上	200,000			
短期入所生活介護、短期入所療養介護	—	150,000			
(看護)小規模多機能型居宅介護	—	150,000			
認知症高齢者グループホーム	—	200,000	1	200,000	小川グループホーム
地域密着型特別養護老人ホーム	—	300,000			
特定施設入所者生活介護(有料老人ホーム)、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅	50人以下	150,000	1	150,000	小川有料老人ホーム
	51人～80人	200,000			
	81人以上	250,000			
特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	50人以下	300,000	1	300,000	小平特別養護老人ホーム
	51人～80人	400,000			
	81人～99人	550,000			
	100人以上	650,000			
実績件数・実績額合計			5	750,000	

別紙1の交付申請書と同じ内容を記入してください