

宮崎県知事 殿

宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金意思確認書

次のとおり、宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申し出ます。

1 基本情報

事業者名 (法人等名)	フリガナ 名称	
法人等 所在地	〒 住所(番地・住居番号) (建物名等)	
代表者	職名 氏名	
書類作成 担当者	フリガナ 氏名	
連絡先	電話番号 (日中繋がる番号) e-mail(アドレス)	

2 支給の対象事業所に関する情報

<input type="checkbox"/>	有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム又は軽費老人ホームと、通所系事業所が併設又は隣設している場合は、通所系事業所を支援対象外とすることを確認し、次の申請に併設及び隣設はありません。						
通し番号	介護保険事業所番号 (※1)	事業所の所在市町村	事業所名	サービス名	支給単価 (※2)	定員数 (入所系のみ)	申請額 (※2)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

(※1) 介護保険事業所番号のない有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅、養護老人ホーム及び軽費老人ホームについては介護保険事業所番号の記載不要。

(※2) の色の箇所は自動計算となっております。変更はしないでください。

合計 0円

3 申し出に当たっての確認事項

以下の2つの要件を満たしているか確認し、□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	重複する提出を避けるため、今回申請するサービスについて、すでに意思確認書の提出がないことを、法人内で確認しました。
<input type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金支給要領第2の支給の対象に掲げる要件を満たします。
<input type="checkbox"/>	宮崎県医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援金支給要領別表を確認し、対象サービスであることを確認しました。

振込先口座について、該当の□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	1. 宮崎県国民健康保険団体連合会に登録されている介護報酬の受取口座(介護保険事業所番号がある場合のみ) 法人内の事業所で介護報酬の受給があり、国保連に登録されている口座で受給を希望される場合はこちらを選択してください。
<input type="checkbox"/>	2. 1. の口座とは別の口座を受取口座とされる場合(有料老人ホーム等で介護事業所番号がない場合を含む) 様式第2号及び口座の写しも御提出ください。
<input type="checkbox"/>	※振込口座情報を宮崎県国民健康保険団体連合会に提供することを了承します。

上記記載内容に虚偽がないことを誓約します。虚偽があった場合はいかなる理由があっても支給額の全額を返還いたします。

令和 年 月 日

法人等名

代表者名