

申請の注意点

申請期間

令和6年2月19日（月）から令和6年4月10日（水）まで ※締切厳守

提出書類・提出方法

- ① 海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給申請書（第1号様式）
- ② 事業所・施設別申請額一覧（第1号様式別添1）
- ③ 指定通知書の写し等、事業開始日を確認できる書類
- ④ 3月分のサービス提供実績が分かる書類又は同意書
- ⑤ 海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給請求書（第4号様式）
- ⑥ 通帳の写し等、振込先が分かる書類

①～③ メール提出
※①、②はWordやExcel形式のまま送付してください。

④～⑥ 郵送提出

【提出先】

《メール》shougai Fukusi@city.ebina.kanagawa.jp
件名：【法人名】物価高騰支援金申請

《郵 送》〒243-0492 海老名市勝瀬175-1
障がい福祉課 物価高騰支援金担当宛て

注意事項

- 申請は事業所ごとではなく、**法人ごとにまとめて**申請をしてください。
- 支給申請書（第1号様式）及び支給請求書（第4号様式）等は、**令和6年3月31日付**としてください。
- 3月分のサービス提供実績が分かる書類として、実績報告書を提出する場合は、利用者全員分ではなく、利用者の中から1名分のみを提出してください。また、市内利用者へのサービス提供実績がある場合は、**同意書に代えて提出が可能**です。

第1号様式（第5条関係）

海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給申請書

令和6年 3月 31日

海老名市長 殿

申請者 法人名 ○○○

所在地 □□□1-2-3

代表者氏名 △△ △△△

次のとおり海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給実施要綱第5条の規定により、支援金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

支給申請額

280,000 円

申請額一覧の支給合計額を
記入してください。

（添付書類）

- 1 事業所・施設別申請額一覧（別添1）
- 2 申請に係る施設・事業所の指定通知書の写し等、事業開始日を確認できる書類
- 3 申請日から直近の障害福祉サービス費等支払決定額通知書の写し等、事業を継続して実施していることを確認できる書類

【事務担当者】

氏名	海老名 太郎
事業所名	A事業所
連絡先	046-123-456

(第1号様式別添1) 事業所・施設別申請額一覧

法人名	〇〇〇
法人所在地	□□□1-2-3

No.	事業所番号	施設・事業所名	サービス種別	定員	事業所所在地		事業所指定日	申請日時点での事業実施状況	令和5年度中の運営状況	利用者負担額の引上げの有無	支給額
					郵便番号	住所					
1	1414200001	A事業所	生活介護		243-0492	海老名市勝瀬175-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	60,000
2	1414200001	A事業所	就労継続支援B型		243-0492	海老名市勝瀬175-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	
3	1414200001	A事業所	日中一時支援		243-0492	海老名市勝瀬175-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	
4	1414200001	A事業所	計画相談支援		243-0492	海老名市勝瀬175-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	40,000
5	1414200002	B事業所	居宅介護		243-0438	海老名市めぐみ町6-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	40,000
6	1414200002	B事業所	重度訪問介護		243-0438	海老名市めぐみ町6-1	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	
7	1414200003	C事業所	共同生活援助	8	243-0422	海老名市中新田3291-19	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	112,000
8	1414200003	C事業所	短期入所	2	243-0422	海老名市中新田3291-19	令和5年10月1日以前	実施している	運営している	無	28,000
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
										支給額合計	280,000

同一建物（同住所）で複数の同施設区分のサービスを提供している場合、重複支給できませんので、**支給額は空欄**としてください。

施設入所・共同生活援助・短期入所のみ定員を入力してください。

利用者負担の引上げを行っている場合も、支給しますが、利用者への影響を極力少なくするよう努めてください。

入所・居住系事業所は、「**定員×14,000**」で支給額を入力してください。

支給申請書・請求書の金額と同一としてください。

※行が不足する場合は追加してください。

同意書

海老名市長 殿

私は、海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金の決定に関して、海老名市が障がい福祉サービス提供実績について、公簿等により調査することに同意します。

令和6年3月31日

住所： □□□ 1-2-3

法人名： ○○○

代表者名： △△ △△△ (印)

(自署又は押印)

令和6年3月31日

海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給請求書

海老名市長 殿

申請者 住 所 ○○○

法人名 □□□1-2-3

代表者名 △△ △△△

海老名市障がい福祉施設等物価高騰対応支援金支給実施要綱第7条の規定に基づき、
次のとおり請求します。

請求額	280,000 円							
金融機関コード								
金融機関名	銀行・信用金庫 協同組合・信用組合							
支店番号								
支店名	支店・本店							
預金種別 口座番号	普通	・	当座					
口座名義人								

申請額一覧の支給合計額を
記入してください。

必ず通帳の写し等も添付してください。