

(様式1) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(介護分)
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申 請 者	法人名				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	1			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				
交付申請額				

個 表 枚 数	
------------------	--

(様式2) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(介護分)
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	法人名または個人名				印
	所在地	(郵便番号 ー)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	1			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				0円
交付申請額				

振込先情報 (記入必須)	金融機関コード					支店番号		
	金融機関名					店名		
	※お手数ですが、本件のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。							
	預金種類		1. 普通 2. 当座 (数字を記入してください。)					
	口座番号							
	(フリガナ)							
口座名義人								

振込枚数	
------	--

(様式3) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(障害分)
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申請者	法人名				印
	所在地	(郵便番号 ー)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	2			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				
交付申請額				

個表枚数	
------	--

(様式4) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(障害分)
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	法人名または個人名				印
	所在地	(郵便番号 ー)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	2			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				
交付申請額				

振込先情報 (記入必須)	金融機関コード					支店番号		
	金融機関名					店名		
	※お手数ですが、本件のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。							
	預金種類		1. 普通 2. 当座 (数字を記入してください。)					
	口座番号							
	(フリガナ)							
口座名義人								

振込枚数	
------	--

(様式5) 総括表

通番	
----	--

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金（緊急包括支援交付金（介護分））
交付申請書

令和 2 年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申請者	名称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	1	
サービス種別	###	
事業所・施設の名称		

助成対象区分	対象経費・人数	基準単価	申請額
1. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業	0千円	#N/A	#N/A
2. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業	0名	#N/A	#N/A
3. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業	0千円	#N/A	#N/A

交付申請額	#N/A
-------	------

領表枚数	
------	--

(様式6) 総括表

通番	
----	--

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金（緊急包括支援交付金（介護分））
 交 付 申 請 書

令和 2 年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	名 称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職 名		氏 名	
	申請に関する担当者	職 名		氏 名	
	担当者連絡先	電話番号		F A X	
E-mail					

補助対象事業所番号	1	
サービス種別	###	
事業所・施設の名称		

助成対象区分	対象経費・人数	基準単価	申請額
1. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業			
2. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業			
3. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業			

交付申請額	
-------	--

振込先情報 (記入必須)	金融機関コード		支店番号	
	金融機関名		店 名	
	※お手数ですが、本件のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。			
	預金種類	1. 普通 2. 当座 (数字を記入してください。)		
	口座番号			
	(7桁)			
口座名義人				

領表枚数	
------	--

(様式7) 総括表

通番	
----	--

愛知県障害福祉サービス確保対策事業費補助金（緊急包括支援交付金（障害分））
交 付 申 請 書

令和 2 年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申請者	名 称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職 名		氏 名	
	申請に関する担当者	職 名		氏 名	
	担当者連絡先	電話番号		F A X	
E-mail					

補助対象事業所番号	2	
サービス種別	###	
事業所・施設の名称		

助成対象区分	対象経費・人数	基準単価	申請額
1. 障害福祉サービス等事業所・施設等における感染症対策徹底支援事業	0千円	#N/A	#N/A
2. 障害福祉サービス等再開に向けた支援事業	0名	#N/A	#N/A
3. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業	0千円	#N/A	#N/A

交付申請額	#N/A
-------	------

領表枚数	
------	--

(様式8) 総括表

通番	
----	--

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金(サービス継続支援事業(介護分))
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、以下のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申 請 者	名 称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職 名		氏 名	
	申請に関する担当者	職 名		氏 名	
	担当者連絡先	電話番号		F A X	
E-mail					

補助対象事業所番号	1	
サービス種別		
事業所・施設の名称		

交付申請額	
-------	--

個 表 枚 数	
------------------	--

(様式9) 総括表

通番	
----	--

愛知県介護サービス確保対策事業費補助金(サービス継続支援事業(介護分))
 交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、以下のとおり申請します。

申請者	名称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	1	
サービス種別		
事業所・施設の名称		

交付申請額	
-------	--

振込先情報 (記入必須)	金融機関コード					支店番号				
	金融機関名					店名				
	※お手数ですが、本件のシステムの都合上、ゆうちょ銀行以外の銀行でお願いします。									
	預金種類		1. 普通 2. 当座 (数字を記入してください。)							
	口座番号									
	(フリガナ) 口座名義人									

個表枚数	
------	--

(様式10) 総括表

通番	
----	--

愛知県障害福祉サービス確保対策事業費補助金(サービス継続支援事業(障害分))
交付申請書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、以下のとおり申請します。
なお、振込先は愛知県国民健康保険団体連合会への登録口座を利用することに同意します。

申請者	名称				印
	所在地	(郵便番号 -)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	申請に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	2	
サービス種別		
事業所・施設の名称		

交付申請額	
-------	--

個表枚数	
------	--

(様式11)

愛知県社会福祉施設職員慰労金

代理受領委任状

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 様

委任者 住 所 〒

氏 名

電話番号

()

私は、下記の事項を確認・承諾し、(法人名・代表者名)を代理受領者と定め、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(介護分)実施要綱の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 私は、医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス事業所・施設及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行いません。
2. 当該慰労金について、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、慰労金を代理受領する職員ごとに作成してください。
- ・ 介護サービス事業所・施設等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、様式1もしくは2愛知県社会福祉施設職員慰労金交付申請書(介護)を作成し、介護サービス事業所・施設等が所在する愛知県知事に提出してください。
- ・ この委任状は、愛知県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理受領を証するものとして、愛知県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部又は介護サービス事業所・施設等において、適切に保管しなければなりません。

(様式12)

愛知県社会福祉施設職員慰労金

代理受領委任状

令和 年 月 日

愛 知 県 知 事 様

委任者 住 所 〒

氏 名

電話番号

()

私は、下記の事項を確認・承諾し、(法人名・代表者名)を代理受領者と定め、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)実施要綱の規定により、慰労金の請求及び受領に関する権限を委任します。

記

1. 私は、医療・介護・障害の慰労金について、他の障害福祉サービス施設・事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行いません。
2. 当該慰労金について、複数回の受給を行った場合には、速やかに返還することを誓約します。

(注意事項)

- ・ この委任状は、慰労金を代理受領する職員ごとに作成してください。
- ・ 障害福祉サービス施設・事業所等は、この委任状を法人単位で取りまとめて、様式3もしくは4愛知県社会福祉施設職員慰労金交付申請書(障害)を作成し、障害福祉サービス施設・事業所等が所在する愛知県知事に提出してください。
- ・ この委任状は、愛知県への提出は不要です。ただし、慰労金の代理受領を証するものとして、愛知県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、法人本部又は障害福祉サービス施設・事業所等において、適切に保管しなければなりません。

(様式 13)

番 号
年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

間接補助事業者名 印

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日第 号で交付決定を受けた〇〇〇補助金について、交付決定通知により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

1 事業区分及び施設の名称

2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 _____ 円

(別紙2)

3 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要補助金返還相当額）

金 _____ 円

4 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

(様式14) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(介護分)
実績報告書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

令和2年 月 日付け2高福第 ー 号で交付決定のありました標記慰労金について、職員への支払いが完了等しましたので、報告します。

報告者	法人名または個人名				印
	所在地	(郵便番号 ー)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	報告に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	1			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				

交付決定額 (A)	
実績報告額 (B)	
差引額 (A)-(B)	

個表枚数	
------	--

(様式15) 総括表

通番	
----	--

愛知県社会福祉施設職員慰労金(障害分)
実績報告書

令和2年 月 日

愛知県知事 殿

令和2年 月 日付け2障福第 ー 号で交付決定のありました標記慰労金について、職員への支払いが完了等しましたので、報告します。

報告者	法人名または個人名				印
	所在地	(郵便番号 ー)			
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	報告に関する担当者	職名		氏名	
	担当者連絡先	電話番号		FAX	
E-mail					

補助対象事業所番号	2			
サービス種別				
事業所・施設の名称				
20万円対象者	職員数		対象経費	
5万円対象者	職員数		対象経費	
振込手数料				

交付決定額 (A)	
実績報告額 (B)	
差引額 (A)-(B)	

個表枚数	
------	--