

東松島市高齢者施設、障害福祉施設等食糧費高騰対策支援金交付申請書

年 月 日

東松島市長 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	所在地	(郵便番号 981-0503)			
		東松島市矢本上河 3 6 - 1			
	フリガナ	シャカイフクシホジシ ヒガマツカイ			
	名称	社会福祉法人 東松会			
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	東松 太郎
	担当者氏名・連絡先	氏名	東松 次郎	電話番号	0225-82-1111

交付申請額	303,000 円	※ 左記の交付申請額欄には、下記の交付申請額内訳の合計額を記入してください。
-------	-----------	--

交付申請額内訳				
施設名称	施設種別	支援金単価(いずれかを○)(a)	定員数(b)	交付額(a×b)
特別養護老人ホーム東松島	特別養護老人ホーム	2,000円・7,000円	30	249,000
デイサービス東松島	通所介護事業所	2,000円・7,000円	20	54,000
		2,000円・7,000円		
対象施設数が枠内に収まらない場合は、申請書をコピーのうえ、交付申請額内訳へ記入してください。				
		2,000円・7,000円		

※ 上記定員数の欄には、令和7年9月30日時点の施設収容定員数を記入してください。

※ 同じ名称の対象施設で、施設種別が異なる場合、種別ごとに分けて記入してください。

添付書類：運営規定等施設収容定員が分かる書類の写し(表紙及び該当のページのみ)

支援金対象施設	
施設種別	支援金単価
介護老人福祉施設、介護老人保健施設、施設入所支援、認知症対応型共同生活介護事業所、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、短期入所生活介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、共同生活援助、短期入所、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護	7,000 円
通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、就労継続支援A型、就労継続支援B型、生活介護、児童発達支援、放課後等デイサービス	2,000 円



(裏面も確認、記入をお願いします)

必ず誓約事項を確認のうえ、☑を記入してください。

誓約事項		
☒	1	私及び私の対象施設等は、支援金の申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消しや支援金の返還等に応じるとともに、加算金等の支払にも応じます。
☒	2	私及び私の対象施設等は運営規定等に従い、定員を超えた入所及びサービスの提供等はありません。 ※措置入所等緊急的なものは除く
☒	3	私及び私の対象施設等は令和6年10月から令和7年9月までの毎月または特定の月に、食糧費（「飲食材料にかかる費用」「食事代」「弁当代」など施設が利用者へ食事提供に要する経費として会計区分上整理する給食に係る経費）の全部または一部を負担しました。
☒	4	代表者、役員、使用人その他の従業員等は、東松島市暴力団排除条例第2条第4号の暴力団員等その他の反社会的勢力団体又はその反社会勢力団体と関係を有する者に該当せず、かつ、将来にわたっても該当しません。

※ 確認しましたら、□に✓を記入してください。