様式第１号（第６条関係）

補助金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）いの町長

所在地

法人名

代表者名 　　　　　　　　　　　 印

電話番号

担当者名

いの町介護サービス事業所における新型コロナウイルス感染症拡大防止対策事業補助金の交付を受けたいので、いの町介護サービス事業所における新型コロナウイルス感染症拡大防止対策事業補助金交付要綱第６条の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 運　営　す　る　介　護　サ　ー　ビ　ス　事　業　所 | サービス種別 | | | 事業所数 | 単位数 |
| 居 宅 | □訪問介護 | |  |  |
| □訪問入浴介護 | |  |  |
| □訪問看護 | |  |  |
| □訪問リハビリテーション | |  |  |
| □通所介護 | |  |  |
| □通所リハビリテーション | |  |  |
| □短期入所生活介護 | |  |  |
| □短期入所療養介護 | |  |  |
| □特定施設入居者生活介護 | |  |  |
| □福祉用具貸与／特定福祉用具販売 | |  |  |
| 計画 | □居宅介護支援 | |  |  |
| 施 設 | □介護老人福祉施設（一部ユニット型を含む。） | |  |  |
| □介護老人保健施設 | |  |  |
| □介護医療院 | |  |  |
| □介護療養型医療施設 | |  |  |
| 地 域 密 着 型 | □地域密着型通所介護 | |  |  |
| □認知症対応型通所介護 | |  |  |
| □小規模多機能型居宅介護 | |  |  |
| □サテライト型小規模多機能型居宅介護 | |  |  |
| □認知症対応型共同生活介護 | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| 合　　　計 | | |  |  |
| 交付申請額（合計単位数×５０，０００円） | | 円 | | |
| 購入予定物品（代替品及び材料を含む。） | | □マスク　　□ガウン、ウイルス感染防護服　　□ゴーグル　　□手袋  □消毒液　　□手洗い用せっけん　　□体温計　　□うがい薬  □廃棄用容器　　□その他（　　　　　　　　　　　）※申請前に要相談 | | | |

【添付書類】

・申請に係る介護サービス事業所の事業所番号、事業所名称及びサービス種別一覧表