

【申請書記入要領】

様式第1号（第7条関係）

この書類を作成した年月日を入力してください。
例：10/30

令和3年10月30日

杉戸町長 あて

法人の所在地を入力してください。
例：杉戸町大字〇〇9999-1

法人の名称を入力してください。
例：社会福祉法人 〇〇会

申請者 所在地 杉戸町大字〇〇9999-1
 法人名 社会福祉法人 〇〇会
 代表者（職・氏名） 理事長 杉戸花子
 担当者名 杉戸太郎
 電話番号 0480-33-xxxx

代表者の職名、氏名を入力してください。（姓と名の間のスペースは不要です。）
例：理事長 杉戸花子

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金交付申請書兼実績報告書

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金の交付を受けたいので、杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

サービス種別をプルダウンから選択してください。		施設の指定、登録等に係る番号を記入してください。	
サービス種別	放課後等デイサービス	事業所番号	0000000000
施設名 (事業所名)	放課後等デイサービス 杉戸〇〇		
施設所在地	杉戸町 清地2丁目	9-29	
補助金 交付申請額	58,000 円		
添付書類	1 (別紙) 実績内訳 2 検査に要した費用を支出したことが確認できる書類 (領収書等) 3 検査を実施した日が確認できる書類 4 その他 ()		
事業所(施設)住所のうち、丁目・大字をプルダウンから選択してください。	申請する金額(1人当たり20,000円が上限となります。)を入力してください。 なお、 ・一人当たり20,000円の上限があること ・予算に限りがあること そのため、交付金額が申請金額に満たない場合があります。 また、様式1「補助金交付申請額」と別紙「合計額」は必ずしも一致しません。		施設の名称を入力してください。
番地以下を半角数字、ハイフンで入力してください。 例：9-29			

(別紙)

杉戸町障がい者施設PCR検査等事業補助金実績内訳

申請者	法人名	(フリガナ) シヤカイフクシホウジン ○○カイ 社会福祉法人 ○○会			
	所在地	杉戸町大字○○9999-1			
	連絡先	電話番号	0480-33-xxxx	E-mail	sugito@○○.ne.jp
	代表者職・氏名	職名	理事長	氏名	杉戸花子
	担当者職・氏名	職名	施設長	氏名	杉戸太郎
	施設情報	施設名	(フリガナ) ホウカゴトウデイサービス スギト○○ 放課後等デイサービス 杉戸○○		
サービス種別		放課後等デイサービス	定員	10	
施設所在地		杉戸町	清地2丁目	9-29	
連絡先		電話番号	0480-33-xxxx	E-mail	sugito@○○.ne.jp
施設長(管理者)氏名		杉戸太郎			
検査費用計算書		事業所(施設)住所のうち、丁目・大字をプルダウンから選択してください。			サービス種別をプルダウンから選択してください。

No.	受検日	受検者		実支出額 (所要額)	添付書類 番号	備考
		職種	氏名			
1	R3.10.1	理事長	杉戸花子	3,000円	1	検査キット
2	R3.10.1	施設長	杉戸二郎	3,000円	1	検査キット
3	R3.10.1	介護職員	埼玉夏美	3,000円	1	検査キット
4	R3.10.5	介護職員	埼玉春子	30,000円	2	○○クリニック受検
5	R3.10.10	施設長	杉戸太郎	30,000円	3	○○クリニック受検
6	R3.10.15	施設長	杉戸二郎	3,000円	4	検査キット
7	R3.10.15	介護職員	埼玉夏美	3,000円	4	検査キット
8	R3.10.15	介護職員	杉戸二郎	3,000円	4	検査キット
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
合計				78,000円		

※ 行が不足する場合は、適宜追加して記入してください。

検査対象者1人当たり20,000円が補助の上限となりますので、様式1「補助金交付申請額」と別紙「合計額」は必ずしも一致しません。