

熊本県知事 木村 敬 様

<記入例>

令和7年度(令和6年度補正予算分)熊本県高齢者施設等物価高騰
交付申請書兼実績報告書兼請求書

オレンジ色の項目は必ず記入いた
だく必要があります。
入力後は自動的に緑色になります。
未入力項目がないようご注意ください。

申請日： 令和7年8月1日

申請者（法人）住所	〒 862 - 8570
フリガナ	熊本市中央区水前寺6-18-1
フリガナ	シャカイフクシホウジン クマモトカイ
申請者名（法人名）	社会福祉法人 熊本会
代表者職氏名	役職 理事長 氏名 熊本 太郎

※申請者の押印を省略する場合は次欄も記入してください。

書類発行責任者氏名	熊本 太郎	責任者連絡先	096 - 111 - 1111
担当者氏名	熊本 花子	担当者連絡先	096 - 111 - 1111
連絡先e-mail	aaa@bbb.jp		

標記について、下記のとおり支援金を交付されるよう関係書類を添えて申請（請求）します。

支援金額 #REF! 円 ※自動計算

1. 裏面の誓約事項を確認し、全て該当する場合は○を記入してください。
一つでも該当しない場合、

誓約事項	○
------	---

【check】

○を忘れずにご記入ください。

【check】

振込口座と異なる金融機関が表示されている場合（略称除く）、
コードが誤っている可能性があります
のでご確認ください。

(振込口座情報)

2. 振込口座情報を記入してください。

金融機関名	肥後銀行		金融機関 コード		0	1	8	2
支店名	県庁支店		支店コード		1	5	9	
預金種類	01	(01：普通 02：当座 04：貯蓄)						
口座番号 (右詰め)	0	1	2	3	4	5	6	
(フリガナ)	フククマモトカイ トクベツヨウゴロウジンホム クマモトエン							
口座名義	社会福祉法人 熊本会 特別養護老人ホーム熊本苑 施設 長 水前寺 花子							
委任状兼口座 振替申出書の 提出有無	有	無：口座名義が申請者役職名＋申請者名と異なる 有：口座名義が申請者役職名＋申請者名と異なる						

※ 口座名義が
必要です。

【check】

申請者と口座名義人が異なる場
合は、委任状をご提出ください。

「委任状兼口座振替申出書」

※コード逆引き

※後

【check】

() 内に○をつけるのではなく、
欄内に数字 (01、02、04) を記
入してください。

【check】

口座番号が6桁の場合、頭に0
をつけてご記入ください。

【check】

通帳中面に記載の口座名義 (フ
リガナ) をご記入ください。
※基本的に全て大文字

(誓約事項)

- ①申請者は、交付要項第3条に規定する交付対象者の要件を満たしています。
- ②申請者及び交付対象施設等の役員又は使用人は、熊本県暴力団排除条例（平成22年熊本県条例第52号）に規定する暴力団関係者ではありません。
- ③業務上の行為により法令に違反し、令和6年（2024年）4月1日から令和7年（2025年）3月31日までの間に、介護保険法に基づく行政処分を受けたことはありません（所管する交付対象施設等を含みます）。
- ④交付対象施設は、令和6年（2024年）4月1日から令和7年（2025年）3月31日までの間に運営実態があり、物価高騰の影響を受けて費用が増加しています。
また、市町村等が実施する他の支援制度を利用しても、なお費用の増加分に足りません。
- ⑤申請内容に虚偽はありません。虚偽が判明した場合は、交付された支援金の返還に応じます。
- ⑥支援金の交付手続きに必要な範囲で、県から業務委託事業者、申請者の個人情報を含む必要な情報が提供されることに同意します。
- ⑦申請者は、交付要項第7条第1項に定める証拠書類等の保管を確実にします。

【様式 1（第 5 条関係）別表】

※熊本県記入欄
整理

<記入例>

(高齢者施設等)

No.	介護保険 事業者番号 (注1)	施設・事業所名称	施設・事業所 所在市町村	施設区分	サービス種別	支援金区分	定員 ※訪問系は記入不要	支援金額	みなし有料老人ホームの確認 (注2)				備考 (注3)	※確認コメント (注4)
									入浴、排せつ 又は食事の介助	食事の提供	洗濯、掃除等 の家事	健康管理の供 与		
1	1111111111	特別養護老人ホーム〇〇苑	熊本市	①入所系	介護老人福祉施設	入所定員40～69人	50	1,122,000	【check】 熊本市所在の施設等は交付対象外のためエラー メッセージが表示されます。本表から削除してくだ さい。					※熊本市所在施設対象外。
2	2222222222	ショートステイ〇〇苑	〇〇町	①入所系	短期入所生活介護事業所(空床利 用型を除く)	入所定員19人以下	10	180,000						
3	3333333333	デイサービス〇〇	〇〇町	③通所系	通所介護事業所	通常規模型	40	124,000					R7.3月 695人	△通所規模(注)3要確認。
4	4444444444	小規模多機能型居宅介護 〇〇	〇〇町	③通所系・小規模 多機能	小規模多機能型居宅介護事業所	小規模多機能型	25	260,000						
5	5555555555	ヘルパーステーション〇〇	〇〇町	④訪問系	訪問介護事業所	訪問系		90,000						
6	6666666666	居宅介護支援事業所〇〇	〇〇町	④訪問系	居宅介護支援事業所	訪問系		90,000						
7	9999999999	有料老人ホーム△△	〇〇町	②入所系【有料】	有料老人ホーム((地密)特定施設入 居者生活介護を除く)	有料定員20～39人	25	294,000						
8	9999999999	サービス付き高齢者向け住 宅□□	〇〇町	②入所系【有料】	みなし有料老人ホーム((地密)特定 施設入居者生活介護を除く)	有料定員20～39人	30	294,000		○				※有料老人H選択要確認。
9	9999999999	有料老人ホーム□□	〇〇町	①入所系	特定施設入居者生活介護事業所	入所定員20～39人	30	600,000						※有料老人H選択要確認。
10									【check】 みなし有料老人ホームの場合は「みなし有料老人ホームの確 認」欄の4つの項目のうち何れか1つに○を記入してください。 ※高齢者住まい法第17条第1項に規定する「契約締結前に 交付する書面(重要事項説明書等)を参照のうえ、記入し てください。					
11	【check】 有料老人ホーム等で介護保険事業者番号がない場合 は「9999999999(9を10桁)」と記入してください。													
12					【check】 有料老人ホームが(地域密着型)特定入所者生活 介護の指定を受けていれば「①入所系」の支援単価で 申請できます。									
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
※確認コメント(注4)							合計	3,054,000						

(注)

- 介護保険事業者番号が無い有料老人ホーム、養護老人ホーム及び軽費老人ホーム(いずれも(地域密着型)特定入所者生活介護を除く)は、「介護保険事業者番号」欄は「9999999999(9を10桁)」を記入してください。
- 「みなし有料老人ホーム」は、提供しているサービスに○を記入するとともに、高齢者住まい法第17条第1項に規定する「契約締結前に交付する書面(重要事項説明書等)」のうち、提供するサービスの内容を記載したページを「みなし有料重説写し」シートに貼り付け、提出してください。
- 「※確認コメント」欄に「△通所規模要確認」が表示された場合、支援金区分及び定員の記入誤りがないか確認してください。誤りがない場合は、「備考欄」にR7年3月の月利用者数を記入してください(3月の利用者数がコロナの影響等で少ない場合はR6年4月～R7年3月の任意の月利用者で可)。
- 「※確認コメント」欄に「※」が表示された場合は入力した内容が重複、矛盾があることを示していますので必ず修正してください。[△]が表示された場合は、施設区分の選択が正しいか疑義があるものですので再度間違いないか確認してください。
「※」のコメントは、支援金対象の施設・事業所であるか確認が必要なものですので、同一事業所等が複数の指定を受けていないか、申請する医療系介護サービス事業所が当該指定介護サービス事業所として専有で施設基準を満たしているか等を確認してください。
- 本表一覧は 着色セルが入力部分です。それ以外のセルは計算式が入っていますので直接入力したり、削除しないでください。また、行や列、セルを削除しないでください。
- 申請する高齢者施設・事業所が20以上ある場合は、26行～35行を再表示させて利用してください(30事業所以上ある場合はコールセンターにご相談ください)。

<記入例>

※熊本県記入欄

整理番号

委任状

私は、下記1の者を代理人と定め、下記2に規定する事項を委任します。

記

1 代理人

郵便番号 〒 862-8570

住所 熊本市中央区水前寺6-18-1

(商号等)

シャカイフクシホウジンクマモトカイ トクベツヨウゴロウ
ジンホームクマモトエン

商号等 社会福祉法人熊本会 特別養護老人ホーム熊本苑

代表者職氏名 施設長 水前寺 花子

【check】

商号等は法人名からご記入ください

2 委任事項

次の支援金の受領に関する一切の権限。

令和7年度(2025年度)熊本県高齢者施設等物価高騰対策支援金

【check】

押印(代表者印)は必須です。

委任者

住所 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1

商号等 社会福祉法人 熊本会

代表者職氏名 理事長 熊本 太郎

印

口座振替申出書

本件委任に係る支援金につきましては、下記口座に振り込みいただきますようお願いいたします。

記

1 口座振込先

金融機関名 肥後銀行(0182) 県庁支店(159)

種別・口座番号 普通(01) 0123456

口座名義 社会福祉法人 熊本会 特別養護老人ホーム熊本苑 施設長
水前寺 花子

(口座名義) カ)クマモトカイ トクベツヨウゴロウジンホーム クマモトエン

受任者

郵便番号 〒 862-8570

住所 熊本市中央区水前寺6-18-1

商号等 社会福祉法人熊本会 特別養護老人ホーム熊本苑

代表者職氏名 施設長 水前寺 花子

【check】

押印(代表者印)は必須です。

印

<記入例>

みなし有料老人ホーム確認
(契約締結前に交付する書面(重要事項説明書等)の写)

申請している「みなし有料老人ホーム」が提供するサービス内容が、記載された「契約締結前に交付する書面」のページと一致していること

法人名：	社会福祉法人 熊本会
------	------------

みなし有料老人ホーム名 1	サービス付き高齢者向け住宅□□
---------------	-----------------

生活支援サービスに関する基本的方針	
生活支援サービススタッフが、生活や身体・介護等の相談、見守り、安否確認及び緊急時の対応などのサービスを提供するとともに、法人が経営する訪問介護・介護予防訪問介護事業所のスタッフと連携し、家庭的な雰囲気の中で楽しく穏やかに健康に生活して頂くための環境を提供することに努めます。	
生活支援サービスの内容	
基本サービス	サービスの種類
	提供内容
	・ サービス付き高齢者向け住宅□□のスタッフが交代で対応します。
	・ 朝：朝食時又は各室ごみ収集時に確認業務を行います。
	・ 夕：夕食時又は各室巡回時に確認業務を行います。
	・ ナースコールシステムにて、管理人による緊急時対応をします。
	・ 状態に応じて掛かりつけ医・救急車等の対応を致します。
	・ 必要に応じて
	・ サービス提供
	・ 日常生活、健康
生活相談	・ 健康管理の
	・ 郵便物や配
	・ 日常的なご
	・ 業者などへ
	・ 電球の取り替え、カーテンの配線程度の作業を手伝います。
上記以外の生活支援サービス(オプションサービス)	
食事の提供	・ 食事は、希望により提供いたします。(前日の16時までの予約)
	・ 食事代：朝食350円、昼食600円、夕食600円。(税別)
	・ 食事時間：朝食8：00～9：00、昼食12：00～13：00、夕食17：00～18：00。
	・ 食事代金は、月単位で請求します。(口座自動振替方式)
	・ 食事は1階食堂で提供します(居室への配食は別途料金)

【check】

事業所一覧(様式1(第5条関係)別表)に記載の施設名と一致していること

【check】

事業所一覧(様式1(第5条関係)別表)の「みなし有料老人ホームの確認」欄で○を付けたサービスを提供していることがわかる書面を添付してください。
本様式に関わらず、別紙で添付していただいてもかまいません。