（別記第1-1号様式）

法人名

**申請事業所一覧表**

**（１）入所・入居系**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **通番** | **事業所**  **番　号** | **事　業　所　名** | **主たるサービスの**  **種　　　　　　別** | **入所者数**  **(A)** | **申請額(円)**  **（Ａ）×介護(21,000)**  **障がい（16,000）**  **（短期　12,000）** |
| **（例）** | **2345678901** | **ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ●●** | **認知症対応型**  **共同生活介護** | **９人** | **189,000円** |
| **1** |  |  |  | 人 | 円 |
| **2** |  |  |  | 人 | 円 |
| **3** |  |  |  | 人 | 円 |
| **4** |  |  |  | 人 | 円 |

**（２）通所系**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **通番** | **事業所**  **番　号** | **事業所名** | **主 た る**  **ｻｰﾋﾞｽ種別** | **食数（令和5年）** | | | | **申請額(円)**  **(A)×25×4** |
| **（例）** | **2345678902** | **ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽ**  **●●●●** | **通所介護** | 4月 | 5月 | 6月 | 計（A） | **70,300**円 |
| **250** | **231** | **222** | **703** |
| **1** |  |  |  | 4月 | 5月 | 6月 | 計（A） | 円 |
|  |  |  |  |
| **2** |  |  |  | 4月 | 5月 | 6月 | 計（A） | 円 |
|  |  |  |  |
| **3** |  |  |  | 4月 | 5月 | 6月 | 計（A） | 円 |
|  |  |  |  |
| **4** |  |  |  | 4月 | 5月 | 6月 | 計（A） | 円 |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ※申請額について  【介護区分】  ■**入所・入居系**　※令和５年７月1日現在  入所者数×21,000円＝申請額  ■**通所系**  （４月～６月の食数）×25円×４(年間分)＝申請額  注：(看護)小規模多機能型居宅介護事業所は、[泊り]・[通い]別に申請すること。  【障害区分】  ■**入所・入居系**　※令和５年７月1日現在  入所者数×16,000円（短期入所12,000円）＝申請額  **■通所系**  （４月～６月の食数）×25円×４(年間分)＝申請額 |

**【確認事項】**

下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスを☑チェックしてください。

全ての項目がチェックされないと申請できません。

□申請する施設等については、令和５年７月1日時点において介護保険サービスまたは障害福祉サービスの提供を行っています。

□本支援金における介護と障害の区分において、同一施設の申請を行っていません。

□区分・サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ありません。