（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。