

(参考) 対象者について

- 対象者は、対象施設の入所者のうち、介護保険法第五十一条の三における特定入所者介護サービス費の対象となる特定入所者及び介護保険法第六十一条の三における特定入所者介護予防サービス費の対象となる特定入所者です。
- 具体的には、下表中の「第1段階」～「第3段階」に該当する入所者を指し、「第4段階」の入所者は補助対象外です。

補助対象	負担段階	対象者		負担限度額/日	基準費用額/日
		所得の状況		預貯金額 <sup>※2</sup> (夫婦の場合)	食費 【短期入所の場合】
<b>補助対象者</b>	第1段階	生活保護受給者		—	1, 4 4 5 円
		世帯全員が 住民税非課税	老齢福祉年金受給者	1,000万円以下 (2,000万円以下)	
	所得金額 <sup>※1</sup> が80万円以下		650万円以下 (1,650万円以下)	390円 【600円】	
	所得金額 <sup>※1</sup> が80万円超120万円以下		550万円以下 (1,550万円以下)	650円 【1,000円】	
	上記以外		500万円以下 (1,500万円以下)	1,360円 【1,300円】	
第2段階					
第3段階①					
第3段階②					
<u>対象外</u>	第4段階	第1段階～第3段階以外の者		基準費用額の定めなし	

※1 (合計所得金額) + (課税年金収入額) + (非課税年金収入額) の合計

※2 2号被保険者は所得の状況に関わらず預貯金額は1,000万円(2,000万円)以下

令和6年1月4日以降の  
日付を記入

第1号様式（第5条関係）

令和●年●月●日

（あて先）浜松市長

住所（所在地） 浜松市中央区●町111番地の2

事業者 名称 社会福祉法人○○○○○  
代表者氏名 理事長 ■■ ■■

（署名又は記名押印をしてください。）

## 補助金交付申請書

代表者の署名（直筆）  
又は社印及び代表者印を押印

浜松市介護施設等物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第5条の規定により、補助金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

### 記

1 補助金交付申請額 ●0,000円

必ず第2号様式の合計額と  
一致させてください。

### 添付書類

- (1) 申請額算出内訳書（第2号様式）
- (2) 利用見込（第3号様式）（電気・ガス料金に係る補助事業に限る）
- (3) 市税納付・納入確認同意書（第4号様式）
- (4) 暴力団排除に関する誓約書（第5号様式）
- (5) 市民税・県民税特別徴収義務者指定通知書の写し又は市民税・県民税特別徴収未実施理由書（給与所得者を雇用する法人のみ）



第4号様式（第5条関係）

令和6年1月4日以降の日付を記入  
※第1号様式と同じ日付としてください。

令和●年●月●日

（あて先）浜松市長

住所（所在地） 浜松市中央区●町111番地の2

事業者 名称 社会福祉法人○○○○  
代表者氏名 理事長 ■■ ■■

（署名又は記名押印をしてください。）

市税納付・納入確認同意書

代表者の署名（直筆）  
又は社印及び代表者印を押印

下記の補助金交付申請に伴い、浜松市介護施設等物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付事業者の市税の納付又は納入の状況について確認することに同意します。

記

申請補助金 浜松市介護施設等物価高騰対策助成事業費補助金

## 暴力団排除に関する誓約書

浜松市介護施設等物価高騰対策助成事業費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約します。

また、浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

### 記

- 次に掲げる者のいずれにも該当しません。
  - 暴力団（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2条第1号に規定する暴力団をいう。）
  - 暴力団員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）
  - 暴力団員等と密接な関係を有する者
  - 前3号に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

令和●年●月●日

令和6年1月4日以降の日付を記入  
※第1号様式と同じ日付としてください。

（あて先）浜松市長

（誓約者）

所在地 浜松市中央区●町111番地の2

名称 社会福祉法人◎◎◎◎

代表者 理事長 ■■ ■■

（署名又は記名押印をしてください。）

代表者の署名（直筆）  
又は社印及び代表者印を押印

日付は空欄としてください。

年 月 日

（あて先）浜松市長

住所（所在地） 浜松市中央区●町111番地の2

請求者 名称 社会福祉法人○○○○

代表者氏名 理事長 ■■ ■■

補助金交付請求書

空欄としてください。

押印  
不要

年 月 日付け浜松市指令 第 号により補助金の交付決定を受けた  
浜松市介護施設等物価高騰対策助成事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 金額 金●0,000円

第1号様式と同額を記載してください。

2 振込先

金融機関名	銀行 ●● 信用金庫 ■■ 農 協	営業本部 本店 支店 出張所
口座種別	普通 ・ 当 座 ・ その他	
口座番号	00111111	7桁で記載。
口座名義（カナ）	カブシキガイシヤ●●ダイヒョウトリシマリヤク◇◇ □□	

必ずカナを記載。

第12号様式（第6条関係）

【食費に係る事業】

事業実施報告書

事業者名称 \_\_\_\_\_

施設名	サービス種類	対象者の被 保険者番号	対象日の日数 <sup>※1</sup> (A)	(A) × 2 (B)
特別養護老人ホーム●●●	介護老人福祉施設	1111111111	183	366
ショートステイ●●●	短期入所生活介護	1111111112	15	30
特別養護老人ホーム●●●	介護老人福祉施設		40	80
ショートステイ●●●	短期入所生活介護	1111111113	85	170
特別養護老人ホーム◆◆	地域密着型介護老人 福祉施設	1111111114	6	12
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #e6f2ff;"> <p style="color: red; margin: 0;">記入方法及び内容は第2号様式と同様です。 相違なく記載してください。</p> </div>				

1枚で書ききれない場合は、この用紙を複数使用し最後の用紙の合計欄に申請額を記載してください。

※1 令和5年4月1日から令和5年9月30日までの間の食費の支給対象日の合計日数を記載してください。

※2 (B)は、(A)に2を乗じた値を記載してください。

※3 申請額は、(B)に補助単価及び補助率を乗じた額を記載してください。