

## 医療・福祉施設等物価高騰対策応援金支給要綱

### (趣旨)

第1条 物価高騰が長期化する中、光熱費や食材費高騰の影響を著しく受けながらもサービス維持に向け運営を続けている医療施設等、児童福祉施設等、障がい福祉施設等、高齢者福祉施設・事業所等、救護施設及び公衆衛生施設（以下「医療・福祉施設等」という。）を対象として、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金（以下「応援金」という。）を支給することとし、応援金の支給に関しては、この要綱に定めるところによる。

### (支給対象施設等)

第2条 支給対象施設は、次のとおりとする。

#### (1) 光熱費高騰分の支給対象施設

所在地が愛媛県内にあり、令和7年4月14日時点で運営中の別表に掲げる施設  
ただし、令和7年4月1日以降に新規に開設した施設等は除く。

#### (2) 食材費高騰分の支給対象施設

前号に該当し、かつ、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に、食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者が設置する施設は、支給の対象外とする。ただし、第1号の者が設置する病院、有床診療所及び無床診療所については、この限りでない。

#### (1) 県又は市町

#### (2) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第32条第1項各号に掲げる者

#### (3) 県税に未納がある者

#### (4) 上記のほか、応援金の趣旨・目的に照らして適当でないと知事が認めた者

### (支給額)

第3条 応援金は、別表に基づき定額を支給する。

### (支給回数)

第4条 応援金の支給は、1施設につき1回限りとする。

### (申請)

第5条 応援金の支給を受けようとする者は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書（様式第1号の1から7まで）に関係書類を添えて、別に定める期日までに知事に提出しなければならない。

### (支給決定)

第6条 知事は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、支給を決定したときは、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金支給決定通知書（様式第2号）により、支給しないことを決定したときは、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金不支給決定通知書（様式第3号）により、申請をした者に通知する。

(支給決定の取消し)

第7条 知事は、応援金支給決定後、申請要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、応援金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(応援金の返還)

第8条 知事は、前条の規定による取消しをした場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に応援金を支給しているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(関係書類の保管)

第9条 応援金の支給を受けた者は、申請に係る証拠書類を整理し、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保管しておかなければならない。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、応援金の支給について必要な事項は知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年4月14日から施行する。

別表（第2条、第3条関係）

| 種別                                                   | 支給対象施設・サービス種別                                                                                                                              | 支給単価<br>(千円) |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 医療施設等                                                | 病院（保険医療機関に限る。）<br>（定額 + 病床数による加算）                                                                                                          | 290<br>6/床   |
|                                                      | 有床診療所（保険医療機関に限る。）<br>（定額 + 病床数による加算）                                                                                                       | 290<br>6/床   |
|                                                      | 無床診療所（保険医療機関に限る。）                                                                                                                          | 60           |
|                                                      | 訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者に限る。）、助産所                                                                                                              | 20           |
|                                                      | その他<br>施術所（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師が開<br>設している施術所に限る。出張専門を含む。）                                                                          | 20           |
|                                                      | 歯科技工所                                                                                                                                      | 20           |
|                                                      | 薬局（保険薬局に限る。）                                                                                                                               | 20           |
| 児童福祉施設等                                              | 〔入所施設〕<br>児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設、地域小規模児童養護施設、分園型小<br>規模グループケア、自立援助ホーム、ファミリーホーム<br>（定額 + 定員数による加算）                                             | 160<br>6/人   |
|                                                      | 〔通所施設〕<br>幼稚園、保育所、認定こども園、地域型保育事業所、認可外保育施設<br>（定額 + 定員数による加算）                                                                               | 90<br>2/人    |
|                                                      | 〔通所系〕児童厚生施設、放課後児童クラブ                                                                                                                       | 90           |
|                                                      | 〔その他〕里親（委託を受けている世帯に限る。）                                                                                                                    | 50           |
| 障がい福祉施設・事業所等<br>※基準該当、共生型<br>障害福祉サ<br>ービス事業所を<br>含む。 | 〔入所施設〕<br>施設入所支援、共同生活援助、福祉型障害児入所、医療型障害児入所、短期入所<br>施設<br>（定額 + 定員数による加算）                                                                    | 160<br>6/人   |
|                                                      | 〔通所施設〕<br>療養介護、生活介護、自立訓練、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援<br>A型、就労継続支援B型、児童発達支援、放課後等デイサービス<br>（定額 + 定員数による加算）                                         | 90<br>2/人    |
|                                                      | 〔その他〕<br>居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、就労定着支援、自立生活援助、<br>居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、地域移行支援、地<br>域定着支援、障害児相談支援施設                                   | 50           |
| 高齢者福祉施設・事業所等<br>※医療機<br>関のみな<br>し指定を<br>除く。          | 〔入所施設〕<br>短期入所生活（療養）介護、介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介<br>護老人保健施設、介護医療院、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽<br>費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅<br>（定額 + 定員数による加算） | 160<br>6/人   |
|                                                      | 〔通所施設〕<br>通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーショ<br>ン、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護<br>（定額 + 定員数による加算）                                           | 90<br>2/人    |
|                                                      | 〔その他〕<br>訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時<br>対応型訪問介護看護、居宅介護支援、福祉用具貸与                                                                   | 50           |
| 救護施設                                                 | 〔入所系〕<br>救護施設（定額 + 定員数による加算）                                                                                                               | 160<br>6/人   |

|            |                 |    |
|------------|-----------------|----|
| 公衆衛生<br>施設 | 〔その他〕<br>一般公衆浴場 | 30 |
|------------|-----------------|----|

(注) 法令に基づき、国、県又は市町が認可若しくは指定等をし、又は設置若しくは事業開始の届出等  
を受理したものに限る。

摺印

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(医療施設)

愛媛県知事 中村 時広様

申請額: 0 円

(WEB申請の場合押印不要)

|                          |              |                  |  |     |
|--------------------------|--------------|------------------|--|-----|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は屋号)     |              |                  |  | (印) |
| 役職・代表者名<br>(個人事業主の場合は氏名) |              |                  |  |     |
| 法人所在地                    | 郵便番号(ハイフンあり) |                  |  |     |
|                          | 住所           |                  |  |     |
| 責任者<br>(所属・職氏名)          |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |     |
| (責任者メールアドレス)             |              |                  |  |     |
| 担当者<br>(所属・職氏名)          |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |     |
| (担当者メールアドレス)             |              |                  |  |     |

## 2. 振込口座情報

|                   |                                                              |                         |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|--|
| 金融機関名             |                                                              | 支店名                     |  |
| 金融機関コード(4桁)       |                                                              | 支店コード <sup>s</sup> (3桁) |  |
| 口座種別              | <input type="radio"/> 普通 <input checked="" type="radio"/> 当座 | 口座番号(7桁)                |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                              |                         |  |

### 3. 施設区分・支給額

| 施設区分                                                        |  | 医療施設名 | 食料費負担 | 所在地 | 医療機関等コード | 病床数<br>定員数 | 光熱費 | 食料費 | 支給額(千円) |   |
|-------------------------------------------------------------|--|-------|-------|-----|----------|------------|-----|-----|---------|---|
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
|                                                             |  |       |       |     |          |            |     |     | 0       |   |
| ※施設名は略すに正式名称を記入すること。<br>※医療機関等コードのない施設については、医療機関等コードの記載は不要。 |  |       |       |     | 合計       | 入所系        | 0   | 0   | 0       | 0 |
|                                                             |  |       |       |     | 通所系      | 0          | 0   | 0   | 0       |   |

4. 支給要件(3の表の食材費に金額が表示されている施設)

|                                                                                       |                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <p>上記施設のうち、「食料費負担：有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食料費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。</p> | <p>左記に相違ない場合<br/>✓を記入</p> <p style="text-align: right;">□</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <p>私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>         なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 _____<br/>         法人名 _____<br/>         代表者職氏名 _____</p> | <p>誓約する場合、<br/>         以下に✓を記入</p> <p style="text-align: right;">□</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|

## 6. 提出書類

- ①申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

繪印

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(薬局)

提出日:            年    月    日

愛媛県知事 中村 時広様

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

(WEB申請の場合押印不要)

|                       |              |  |                  |   |
|-----------------------|--------------|--|------------------|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |  |                  | 印 |
| 役職・代表者名               |              |  |                  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |  |                  |   |
|                       | 住所           |  |                  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |  |                  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |  |                  |   |

※責任者は法人内（又は個人事業所内）で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とすること。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。  
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

## 2. 振込口座情報

|                   |  |              |  |            |  |  |  |
|-------------------|--|--------------|--|------------|--|--|--|
| 金融機関名             |  |              |  | 支店名        |  |  |  |
| 金融機関コード (4桁)      |  |              |  | 支店コード (3桁) |  |  |  |
| 口座種別              |  | ● 普通    ○ 当座 |  | 口座番号 (7桁)  |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |  |              |  |            |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

### 3. 施設区分・支給額

| 施設区分                  | 薬局名 | 所在地 | 医療機関コード | 光熱費 | 支給額(千円) |
|-----------------------|-----|-----|---------|-----|---------|
| 薬局(保険薬局)              |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
| 薬局(保険薬局)              |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
|                       |     |     |         |     |         |
| ※施設名は略さずに正式名称を記入すること。 |     |     |         | 合計  | 0       |

#### 4. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表することに同意します。

|                                                                                                                                 |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <p>私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>         なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> | <p>誓約する場合、<br/>         以下に✓を記入</p> |
| <p>住所 _____</p> <p>法人名 _____</p> <p>代表者職氏名 _____</p>                                                                            | <p><input type="checkbox"/></p>     |

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

## 5. 提出書類

- ① 申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
② 振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。



愛媛県知事 中村 時広様

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(児童福祉施設)

提出日: 年 月 日

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

1. 申請者情報

(WEB申請の場合押印不要)

|                       |              |                  |  |   |
|-----------------------|--------------|------------------|--|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |                  |  | 印 |
| 役職・代表者名               |              |                  |  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |                  |  |   |
|                       | 住所           |                  |  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |                  |  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |                  |  |   |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役員を、担当者は当該業務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。  
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

|                   |                                                              |          |  |           |  |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|----------|--|-----------|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                              |          |  | 支店名       |  |  |  |
| 金融機関コード(4桁)       |                                                              |          |  | 支店コード(3桁) |  |  |  |
| 口座種別              | <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 | 口座番号(7桁) |  |           |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                              |          |  |           |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

| 施設区分 | 施設名 | 食材費<br>負担 | 所在地 | 病床<br>数<br>定員 | 光熱費 | 食材費 | 支給額(千円) |
|------|-----|-----------|-----|---------------|-----|-----|---------|
|      |     |           |     |               |     |     |         |
|      |     |           |     |               |     |     |         |
|      |     |           |     |               |     |     |         |
|      |     |           |     |               |     |     |         |
|      |     |           |     |               |     |     |         |
| 合計   |     |           |     | 入所系           | 0   | 0   | 0       |
|      |     |           |     | 通所系           | 0   | 0   | 0       |
|      |     |           |     | その他           |     |     | 0       |

※施設名は略さず正式名称を記入すること。

4. 支給要件(3の表の食材費に金額が表示されている施設)

|                                                                                |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 上記施設のうち、「食材費負担:有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。 | 左記に相違ない場合<br>✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

5. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。  
(2) 県税に未納はありません。  
(3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

|                                                                                                                                           |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。<br><br>住所<br>法人名<br>代表者職氏名 | 誓約する場合、<br>以下に✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

摺印

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(障害者福祉施設)

愛媛県知事 中村 時広様

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

(WEB申請の場合押印不要)

## 1. 申請者情報

|                       |              |  |                  |   |
|-----------------------|--------------|--|------------------|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |  |                  | 印 |
| 役職・代表者名               |              |  |                  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |  |                  |   |
|                       | 住所           |  |                  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |  |                  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |  |                  |   |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の人とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。  
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

## 2. 振込口座情報

|                   |                                                              |            |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|------------|--|
| 金融機関名             |                                                              | 支店名        |  |
| 金融機関コード (4桁)      |                                                              | 支店コード (3桁) |  |
| 口座種別              | <input type="radio"/> 普通 <input checked="" type="radio"/> 当座 | 口座番号 (7桁)  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                              |            |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

### 3. 施設区分・支給額

[illegible]

※施設名は略さずに正式名称を記入すること。

4. 支給要件(3の表の食材費に金額が表示されている施設)

|                                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <p>上記施設のうち、「食材費負担：有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。</p> | <p>左記に相違ない場合<br/>✓を記入</p> <p style="text-align: center;">□</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

## 5. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

|                                                                                                                                                                                      |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p>私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>         なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 _____</p> <p>法人名 _____</p> <p>代表者職氏名 _____</p> | <p>誓約する場合、<br/>         以下に✓を記入</p> <p>□</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

## 6. 提出書類

- ① 申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
② 振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。



繪印

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(高齢者福祉施設)

愛媛県知事 中村 時広様

申請額: 0 円

(WEB申請の場合押印不要)

|                       |              |  |                  |   |
|-----------------------|--------------|--|------------------|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |  |                  | ㊞ |
| 役職・代表者名               |              |  |                  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |  |                  |   |
|                       | 住所           |  |                  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |  |                  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              |  | 電話番号<br>(ハイフンあり) |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |  |                  |   |

## 2. 振込口座情報

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 金融機関名                                                        | 支店名       |
| 金融機関コード(4桁)                                                  | 支店コード(3桁) |
| 口座種別                                                         | 口座番号(7桁)  |
| <input type="radio"/> 普通 <input checked="" type="radio"/> 当座 |           |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載                                            |           |

### 3. 施設区分・支給額

| 施設区分                                                                             | 施設名 | 食料費負担 | 所在地 | 事業所番号 | 病床数<br>定員 | 光熱費               | 食料費         | 支給額(千円)     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|-------|-----------|-------------------|-------------|-------------|
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
|                                                                                  |     |       |     |       |           |                   |             | 0           |
| ※施設名は略さず正式名称を記入すること。<br>※養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅については、事業所番号の記載は不要。 |     |       |     |       | 合計        | 入所系<br>通所系<br>その他 | 0<br>0<br>0 | 0<br>0<br>0 |

|                                                                                       |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <p>上記施設のうち、「食材費負担：有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。</p> | <p>左記に相違ない場合<br/>✓を記入</p> <p style="text-align: center;">□</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に未納はありません。
- (3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表することに同意します。

|                                                                                                                                                                                                  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <p>私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br/>         なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。</p> <p>住所 _____<br/>         法人名 _____<br/>         代表者職氏名 _____</p> | <p>誓約する場合、<br/>         以下に✓を記入</p> <p>□</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

## 6. 提出書類

- ①申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

(様式第1号の6)



愛媛県知事 中村 時広様

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(救護施設)

提出日: 年 月 日

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

1. 申請者情報

(WEB申請の場合押印不要)

|                       |              |                  |  |   |
|-----------------------|--------------|------------------|--|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |                  |  | 印 |
| 役職・代表者名               |              |                  |  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |                  |  |   |
|                       | 住所           |                  |  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |                  |  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |                  |  |   |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。  
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

|                   |                                                              |          |  |           |  |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|----------|--|-----------|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                              |          |  | 支店名       |  |  |  |
| 金融機関コード(4桁)       |                                                              |          |  | 支店コード(3桁) |  |  |  |
| 口座種別              | <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 | 口座番号(7桁) |  |           |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                              |          |  |           |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

| 施設区分 | 施設名 | 食材費<br>負担 | 所在地 | 定員<br>数 | 光熱費 | 食材費 | 支給額(千円) |
|------|-----|-----------|-----|---------|-----|-----|---------|
| 救護施設 |     |           |     |         |     |     |         |
| 救護施設 |     |           |     |         |     |     |         |
| 救護施設 |     |           |     |         |     |     |         |
|      |     |           |     | 合計      | 0   | 0   | 0       |

※施設名は略さず正式名称を記入すること。

4. 支給要件(3の表の食材費に金額が表示されている施設)

|                                                                                |                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 上記施設のうち、「食材費負担:有」の施設は、令和6年6月から令和7年3月までの毎月又は特定の月に食材費の全部又は一部を負担し食事を提供した施設に該当します。 | 左記に相違ない場合<br>✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

5. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。  
(2) 県税に未納はありません。  
(3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

|                                                                                                                                                             |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。<br><br>住所 _____<br>法人名 _____<br>代表者職氏名 _____ | 誓約する場合、<br>以下に✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

6. 提出書類

- ①申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

(様式第1号の7)



愛媛県知事 中村 時広様

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書(公衆衛生施設)

提出日: 年 月 日

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額: 0 円

1. 申請者情報

(WEB申請の場合押印不要)

|                       |              |                  |  |   |
|-----------------------|--------------|------------------|--|---|
| 法人名<br>(個人事業主の場合は個人名) |              |                  |  | 印 |
| 役職・代表者名               |              |                  |  |   |
| 法人所在地                 | 郵便番号(ハイフンあり) |                  |  |   |
|                       | 住所           |                  |  |   |
| 責任者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (責任者メールアドレス)          |              |                  |  |   |
| 担当者<br>(所属・職氏名)       |              | 電話番号<br>(ハイフンあり) |  |   |
| (担当者メールアドレス)          |              |                  |  |   |

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。  
※責任者メールアドレス及び担当者メールアドレスは個人アドレスでも共有アドレスでも可。

2. 振込口座情報

|                   |                                                              |          |  |           |  |  |  |
|-------------------|--------------------------------------------------------------|----------|--|-----------|--|--|--|
| 金融機関名             |                                                              |          |  | 支店名       |  |  |  |
| 金融機関コード(4桁)       |                                                              |          |  | 支店コード(3桁) |  |  |  |
| 口座種別              | <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座 | 口座番号(7桁) |  |           |  |  |  |
| 口座名義人<br>※カタカナで記載 |                                                              |          |  |           |  |  |  |

※必ず申請者名義の口座を指定すること(法人の場合は当該法人、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る)

3. 施設区分・支給額

| 施設区分                 | 施設名 | 所在地 | 許可番号 | 光熱費 | 支給額(千円) |
|----------------------|-----|-----|------|-----|---------|
| 一般公衆浴場               |     |     |      |     |         |
|                      |     |     |      |     |         |
|                      |     |     |      |     |         |
| ※施設名は略さず正式名称を記入すること。 |     |     |      | 合計  | 0       |

4. 誓約

- (1) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第32条第1項各号に掲げる者ではありません。  
(2) 県税に未納はありません。  
(3) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

|                                                                                                                                                             |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 私は、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金を申請するにあたり、上記の内容について、誓約します。<br>なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。<br><br>住所 _____<br>法人名 _____<br>代表者職氏名 _____ | 誓約する場合、<br>以下に✓を記入<br><br><input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

5. 提出書類

- ①申請書(本紙)  
※申請書のほか申請に係る証拠書類は、応援金の支給年度の翌年から起算して5年間保存しておいてください(「応援金FAQ」のQ37を参照)。  
②振込先の通帳の表紙と見開き2点の写しなど、「金融機関名称」「金融機関コード」「支店名」「支店コード」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の氏名(名称)のフリガナ」が読み取れるもの。  
※WEB申請の場合は写真データ等で提出。

(様式第2号)

第 号  
年 月 日

様

愛媛県知事  
(公 印 省 略)

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金支給決定通知書

このことについて、金 円を支給することに決定しましたので通知します。

なお、医療・福祉施設等物価高騰対策応援金は申請のあった金融機関口座に振り込まれます。引き続き、安定的なサービスの提供にご協力をお願いいたします。

(様式第3号)

第 号  
年 月 日

様

愛媛県知事  
(公 印 省 略)

医療・福祉施設等物価高騰対策応援金不支給決定通知書

このことについて、提出のあった申請書の審査を行った結果、誠に残念ながら「不支給」となりましたので通知します。

不支給の理由：