第１０－１号様式（第４条関係）

**障害福祉サービス事業所・施設における光熱費等高騰対策一時支援事業交付申請書**

令和　年　月　日

奈良県知事　殿

標記について、次のように申請します。

**●申請者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | |
| 法人所在地 | 郵便番号 | 〒 | |  | |
|  | | | | |
| 代表者職名 |  | | 代表者名 | |  |

**●留意事項**

・本申請書への虚偽記載の他、支援給付金の請求に関して不正があった場合は、支援給付金を返還することとなる場合があります。

・請求書に記載の振込先金融機関口座に対し奈良県が振込手続きを行った後、申請者の記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請期限までに奈良県が申請者に連絡をしても連絡がとれない場合には、申請が取り下げられたものとみなします。

【誓約欄】

□申請書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、上記留意事項の内容について同意することを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| 【申請担当者】 | |
| 部署名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

**●申請内容**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ・申請事業所及び申請額一覧 | | | |  | | |
| 法人合計申請額 | | 円 | | | | |
| 【確認欄】□下記一覧に記載されている事業所に記載漏れはありません。  □下記一覧に記載されている入所系/GH系/通所系の事業所の定員数に誤りはありません。  □上記の法人合計申請額及び下記一覧の事業所ごとの申請金額に誤りはありません。 | | | | | | |
| 事業所番号 | 事業所名 | | サービス種類 | | 定員数(人) | 事業所ごとの申請金額(円) |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |