様式第1号

　　年　　月　　日

（宛先）名 古 屋 市 長

所在地

法人名

代表者職氏名

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対する

サービス継続支援事業補助金交付申請書

　　標記について、下記のとおり補助金が交付されるよう、新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1　事業所名

2　交付申請額　 金　　　　　　　円

3　経費所要額内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基準単価 | 所要額 | 寄附金その他の収入額 | 申請額 | 申請額合計 |
| (1)事業所等におけるサービス継続支援事業 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 | 千円 |
| (2)事業所等との連携支援事業 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 |

＊基準単価は、別表1から算出してください。

＊所要額は、個票に記載した所要額（千円未満切り捨て）を記入してください。

＊申請額は、基準単価と所要額から寄附金その他の収入額を控除した額を比較して低い方の額を記入してください。

4　個　票

　別紙のとおり

5　補助対象となる事案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 氏名 | 被保険者番号 | 発生した日 |
| * 休業要請 | ― | ― | 令和2年 月 日～令和 年 月 日 |
| * 感染者 |  |  | 令和2年　月　日 |
| * 濃厚接触者 |  |  | 令和2年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | 令和2年　月　日 |

＊必要に応じて行の追加や別紙を添付してください。

＊感染者・濃厚接触者が利用者の場合には、被保険者番号を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 6　口座振替登録番号 |  |

＊名古屋市に登録された口座振替登録番号を記入してください。（口座番号ではありません。）

　口座振替の登録手続きは、名古屋市公式ウェブサイトをご確認ください。