

記入例

様式第1号（第5条関係）

岸和田市介護サービス等事業所助成金交付申請書兼請求書

申請日を必ず入力してください。

令和8年〇月〇日

岸和田市長 様

不備があると、ここに表示されます。

(申請者)

法人所在地：岸和田市〇〇町〇番〇号

法人名：社会福祉法人 岸和田

代表者：理事長 岸和田 太郎

法人名、代表者の職名、押印に漏れがないか、確認してください。

印

岸和田市介護サービス等事業所助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金の支給を受けようとする事業所数等
各事業所の詳細は別紙に記入すること。

事業所数に数値を入力すると、自動で金額が計算されます。

Table with 4 columns: 区分, 単価 (A), 事業所数 (B), 小計 (A x B). Rows include 訪問系, 通所系, 入所系 (with sub-categories for staff size), and 助成金額合計 (C).

2 助成金請求金額 (C) 金 1,575,000 円

3 振込先金融機関

Table with 3 columns: 金融機関名, 支店名, 種目. Includes fields for 金融機関コード, 店舗コード, 口座番号, and 口座名義人.

※ 申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、以下に記入・押印してください。

私は、上記の口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

法人所在地：

法人名・代表者：

法人代表者の名義と異なる口座に振り込む場合は、ご入力のうえ代表者印を押印してください。

4 法人連絡先

Table with 2 columns: 連絡先 (電話番号), 担当者名, メールアドレス.

不備等があれば、原則メールにてご連絡申し上げます。ご担当者アドレスを入力してください。

No.	事業所番号	事業所名	事業所所在地	事業種別	入所系の 場合定員	対象サービス	助成金額
1	27711001**	ケアプラン岸和田	岸和田市岸城町〇ー〇	訪問系		居宅介護支援	75,000 円
2	27711002**	訪問入浴岸和田	岸和田市岸城町〇ー〇	訪問系		訪問入浴介護	75,000 円
3	27711003**	訪問看護岸和田	岸和田市岸城町〇ー〇	訪問系		訪問看護	75,000 円
4	27711004**	通所リハビリ岸和田	岸和田市岸城町〇ー〇	通所系		通所リハビリテーション	225,000 円
5	27711005**	デイサービス岸和田	岸和田市本町〇ー〇	通所系		地域密着型通所介護	225,000 円
6	27711006**	特別養護老人ホーム岸和田	岸和田市本町〇ー〇	入所系	91	介護老人福祉施設	900,000 円
7							円
8							円
9							円
10							円
助成金合計額							1,575,000 円

・対象サービスをリストから選択すると、事業所種別と金額が自動に出力されます。
 ・入所系施設の場合、定員を入力してください。
 ・未入力項目や申請書の助成金額と異なる場合、表外にエラーメッセージが表示されます。

※上記における「事業所種別」、「対象サービス」、「助成金額」は、岸和田市介護サービス等事業所助成金交付要綱の別表（第4条関係）にあてはまるものを記入すること。