

(様式第1号)

提出日： 令和8年 月 日

受付番号

※申請者記入不要

手書き申請用  
郵送申請様式

## 医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書

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。

申請される施設区分を1つだけ選択してください。 (※該当する施設区分のアルファベットを○で囲ってください。)

A … 医療施設 B … 薬局 C … 児童福祉施設 D … 障がい福祉施設 E … 高齢者福祉施設 F … 救護施設 G … 公衆衛生施設

※選択した施設区分の施設のみ、まとめて1枚の申請書で申請してください。複数の施設区分の施設を申請する場合は、施設区分ごとに申請書を作成してください。

## 1.申請者情報

申請額： \_\_\_\_\_ 円

法人名					※個人事業主の場合は個人名または屋号  (印)
代表者 (申請者)	役職		氏名		
法人所在地	郵便番号	—			※ハイフン必須 (社印・代表者印)
	住所				
責任者	役職				※法人の場合は必須 電話番号
	氏名				※ハイフン必須
	メールアドレス				
担当者	役職				電話番号
	氏名				※ハイフン必須
	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

金融機関コード (4桁)				金融機関名					▼「口座名義人」は、 金融機関に届け出ている 正式名称を省略せずに、 記入してください。
支店コード (3桁)			支店名						
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号 (7桁)						
口座名義人 (カタカナで記入)									

※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

▼施設種別：本申請書2枚目の【種別番号表】から該当番号を記入

▼定員数：R8.2.13時点

▼(3)(4)：R8.2.13時点

施設種別	施設名（正式名称） ※個人事業主の場合は個人名又は屋号	施設所在地	医療機関コード・事業所番号	定員・病床数	食材費負担・加算の有無（該当する方に○）				支給額(円)
					(2)食材費負担	(3)救急告示病院等	(4)福祉避難所	(5)訪問系サービス	
					有・無	有・無	有・無	有・無	
					有・無	有・無	有・無	有・無	
					有・無	有・無	有・無	有・無	
					有・無	有・無	有・無	有・無	

※施設名や医療機関コード又は事業所番号は略さず記入。※医療機関コード・事業所番号のない施設は、記入不要。

※上記「施設種別」欄については、本申請書2枚目「種別番号表」から該当する施設種別を番号で記入してください。

総支給額

円

#### 4.支給要件

▼該当しない項目には✓不要		
(1)光熱費高騰分	所在地が愛媛県内にあり、令和8年2月13日時点で運営中の施設に該当します。 (令和8年1月1日以降に新規に開設した施設等を除く)	相違ない場合✓記入→ ※チェック必須 <input type="checkbox"/>
(2)食材費高騰分	上記(1)に該当し、かつ令和7年7月から令和7年12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。(申請する施設の全部又は一部)	相違ない場合✓記入→ <input type="checkbox"/>
(3)救急告示病院等加算	上記(1)に該当し、かつ令和8年2月13日時点で救急告示病院等または周産期医療を担う病院に該当します。 (令和8年1月1日以降に新たに対象となった病院等を除く)	相違ない場合✓記入→ <input type="checkbox"/>
(4)福祉避難所指定加算	上記(1)に該当し、かつ令和8年2月13日時点で福祉避難所に指定されている施設に該当します。 (令和8年1月1日以降に新たに指定された施設を除く) (同一住所に複数の運営施設がある場合は、その内の1施設のみ加算可 ※「3.施設区分・支給額」加算の有無は、加算する施設のみ「有」に○)	相違ない場合✓記入→ <input type="checkbox"/>
(5)訪問系サービス加算	上記(1)に該当し、かつ申請要領「別表：支給単価表」①で「訪問系」に区分される施設に該当します。	相違ない場合✓記入→ <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。 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つても、異議は一切申し立てません。		誓約する場合 ✓を記入→ ※チェック必須 <input type="checkbox"/>
法人名	※個人事業主の場合は個人名または屋号	
代表者 (申請者)	役職	氏名
法人所在地	※法人名・代表者・法人所在地は1.申請者情報と同様にご記入ください。※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

##### □ 医療・福祉施設等物価高騰対策応援金申請書（本紙）

・証拠書類や実績報告書の提出は不要ですが、申請に係る証拠書類(領収書、請求書等)は、令和13年度末まで保存しておいてください。

##### □ 振込先が分かる書類（預金通帳等）の写し ※通帳の写しは、①表紙と②見開きの2点の提出が必要です。

- ・当座預金やネットバンキングを利用し、通帳がない場合はそれに代わる写しや電子通帳等の画面を添付してください。
- ・「金融機関コード」「金融機関名」「支店コード」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人の名称」等が読み取れるものを添付してください。

【種別番号表】「3.施設区分・支給額」の施設種別の欄には、該当する施設種別の番号をご記入ください。

#### 医療施設等

《入所系》 1.病院 2.有床診療所 《通所系》 3.無床診療所 《訪問系》 4.訪問看護ステーション 5.助産所

《その他》 6.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設している施術所) 7.歯科技工所 8.薬局

#### 児童福祉施設等

《入所系》 9.児童養護施設 10.乳児院 11.児童心理治療施設 12.地域小規模児童養護施設 13.分園型地域小規模グループケア

14.自立援助ホーム 15.ファミリーホーム 《通所系》 16.幼稚園 17.保育所 18.認定こども園 19.地域型保育事業所

20.認可外保育施設 21.児童厚生施設 22.放課後児童クラブ 《その他》 23.里親

#### 障がい福祉施設・事業所等

《入所系》 24.施設入所支援 25.共同生活援助 26.福祉型障害児入所施設 27.医療型障害児入所施設 28.短期入所 29.療養介護

《通所系》 30.生活介護 31.自立訓練(機能訓練) 32.自立訓練(生活訓練) 33.宿泊型自立訓練 34.就労移行支援 35.就労継続支援(A型)

36.就労継続支援(B型) 37.就労選択支援 38.児童発達支援 39.放課後等デイサービス 《訪問系》 40.居宅介護 41.重度訪問介護

42.同行援護 43.行動援護 44.居宅訪問型児童発達支援 45.保育所等訪問支援 《その他》 46.就労定着支援 47.自立生活援助

48.計画相談支援 49.地域移行支援 50.地域定着支援 51.障害児相談支援施設

#### 高齢者福祉施設・事業所等

《入所系》 52.短期入所生活(療養)介護 53.介護老人福祉施設 54.地域密着型介護老人福祉施設 55.介護老人保健施設 56.介護医療院

57.認知症対応型共同生活介護 58.養護老人ホーム 59.軽費老人ホーム 60.有料老人ホーム 61.サービス付き高齢者向け住宅

《通所系》 62.通所介護 63.地域密着型通所介護 64.認知症対応型通所介護 65.通所リハビリテーション 66.小規模多機能型居宅介護

67.看護小規模多機能型居宅介護 《訪問系》 68.訪問介護 69.訪問入浴介護 70.訪問看護 71.訪問リハビリテーション

72.定期巡回・随时対応型訪問介護看護 《その他》 73.居宅介護支援 74.福祉用具貸与

救護施設《入所系》 75.救護施設 公衆衛生施設《その他》 76.一般公衆浴場