

(様式第1号)

提出日： 令和8年 2月 16日

受付番号

手書き申請用
郵送申請様式

※ 必須：空欄・未入不可、再提出時は初回提出日を記載

提出される日をご記入ください。

※未入日は不可です。

押印をお願いします。

※捺印がないと事務局での修正が
できません。

印

施設等物価高騰対

施設区分を1つだけ選択してください。

・まとめて1枚で申請をお願いします。

・申請書は、施設区分ごとに作成してください。

標記について、次により応援金を支給されるよう

 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 個人事業主の場合は、個人名または
屋号を記入してください。

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

法人名	医療法人○○会			法人の場合は、 役職が必須です。	押印をお願いします。 ・社印、代表者印どちらでも可 ※シャチハタは不可	840,000 円
代表者 (申請者)	役 職	理事長	氏 名	愛媛太郎		
法人所在地	郵便番号	000 - 0000			※ハイフン必須	
	住 所	○○県○○市○○○町○丁目○番地 ○○○○ビル○階				
責任者	役 職	施設長	法人の場合は、 役職が必須です。	※ 法人の場合は必須	電話番号	000 - 000 - 0000
	氏 名	愛媛花子				※ ハイフン必須
	メールアドレス	123abcdefg_v@hijk.co.jp				
担当者	役 職	事務長			電話番号	000 - 0000 - 0000
	氏 名	愛媛二郎				※ ハイフン必須
	メールアドレス	456lmnopq_w@rstu.co.jp				

※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)	1 2 3 4	金融機関名	○○○○銀行				▼「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)	1 2 3	支店名	○○○○支店				
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	(7桁)	1 2 3 4 5 6 7				
口座名義人 (カタカナで記入)	省略せずに正式名称をカタ カナで記入してください。		イリョウホウジン○○カイリジショウエヒメタロウ					

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】

番号がない場合は、
空欄で構いません。

員数：R8.2.13時点 ▼(3)(4)：R8.2.13時点

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）

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	
60	有料老人ホーム○○	愛媛県松山市○○町 ○丁目○○番○号		10	有・無	有・無	有・無	有・無	340,000
62	デイサービスセンター○○	愛媛県松山市○○町 ○丁目○○番○号	3800000000	30	有・無	有・無	有・無	有・無	320,000
68	ヘルパーステーション○○	愛媛県松山市○○町 ○丁目○○番○号	3800000000		有・無	有・無	有・無	有・無	100,000
73	居宅介護支援事業所○○	愛媛県松山市○○町 ○丁目○○番○号	3800000000		有・無	有・無	有・無	有・無	80,000

※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
※上記「施設種別」欄については、本申請書2枚目「種別番号表」定員・病床数がない場合は、
空欄で構いません。

い施設は、記入不要。

で記入してください。

総支給額 840,000 円

4.支給要件

(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（令和8年1月1日以降に新規に開設した施設等を除く）	必ずチェック✓をお願いします。※必須	▼該当しない項目には✓不要 相違ない場合✓記入→ <input checked="" 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。（申請する施設の全部又は一部）		相違ない場合✓記入→ <input checked="" 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（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）	該当する項目のみ、チェック✓を入れてください。	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た施設（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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>

5.誓約

- (1)暴力団
 (2)支給対象外の施設
 (3)支給対象外の施設
 (4)支給対象外の施設
 (5)支給対象外の施設
- 同一住所で福祉避難所に指定されている運営施設が複数ある場合、その内の1施設のみ、加算申請することができます。
 加算する施設→「有」に○ 加算しない施設→「無」に○

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。
 給付する者ではありません。
 必ずチェック✓をお願いします。※必須

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 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。	「1.申請者情報」に記入された内容をそのまま記入してください。	誓約する場合 ✓を記入→ <input checked="" type="checkbox"/> ※チェック必須
法人名 医療法人○○会		※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 理事長		氏名 愛媛太郎
法人所在地 ○○県○○市○○○町○丁目○番地 ○○○○ビル○階		

※ 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

申請書への記入は、油性ボールペンなど、
消すことができない筆記用具でお願いします。
※鉛筆や消えるボールペン（フリクション）
などは使用しないでください。

- 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写し
 ・「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」等の読み取れるものを添付してください。

通帳の写しは、表紙と見開きの2点が必要です。どちらか片方のみでは申請できませんので、ご注意ください。

【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.精神障害児入所施設 26.短期入所 27.療養介護

《通所系》 30.生活介護 31.就労継続支援（A型） 32.就労継続支援（B型） 33.通所リハビリテーション 34.通所介護 35.通所介護（日中型） 36.通所介護（日泊型） 37.通所介護（日中泊型） 38.通所介護（日泊型） 39.通所介護（日中泊型） 40.通所介護（日泊型） 41.通所介護（日中泊型） 42.通所介護（日泊型） 43.通所介護（日中泊型） 44.通所介護（日泊型） 45.通所介護（日中泊型） 46.通所介護（日泊型） 47.通所介護（日中泊型） 48.通所介護（日泊型） 49.通所介護（日中泊型） 50.通所介護（日泊型） 51.通所介護（日中泊型） 52.通所介護（日泊型） 53.通所介護（日中泊型） 54.通所介護（日泊型） 55.通所介護（日中泊型） 56.通所介護（日泊型） 57.通所介護（日中泊型） 58.通所介護（日泊型） 59.通所介護（日中泊型） 60.有料老人ホーム 61.サービス付き高齢者向け住宅 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

同じ訪問看護事業所で、医療と介護両方のサービスを提供している場合、両方の施設の申請はできません。各事業所の判断により、主にサービスを提供している方で、申請してください。
 （※どちらか一方しか申請できません）

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》 76.一般公衆浴場

A型）
 「3.施設区分・支給額」の「施設種別」に記入する番号は、こちらの【種別番号表】から該当のものを選択して入れてください。