

別紙

この申請に関する問い合わせ先を記入してください。
担当者名も忘れずに記入してください。

事業者名及び担当者名：〇〇〇〇：△△ 連絡先：〇〇-〇〇〇〇

No.	事業所名	事業所所在地	事業所種別	区分	通所系又は入所系の場合定員数	補助金額
1	〇〇訪問介護	本庄市本庄〇-〇-〇	訪問介護事業所	訪問系		30,000 円
2	ケアプラン△△	本庄市本庄〇-〇-〇	居宅介護支援事業所	訪問系		30,000 円
3	デイサービス××	本庄市本庄〇-〇-〇	通所介護事業所	通所系	20	80,000 円
4	特別養護老人ホーム□□	本庄市本庄〇-〇-〇	介護老人福祉施設	入所系	29	232,000 円
5	〇〇ショートステイ	本庄市本庄〇-〇-〇	短期入所生活介護事業所	入所系	20	160,000 円
6		本庄市				円
7		本庄市				円
8	※保険医療機関・保険薬局のみなし指定のものは対象となりません。					円
9	※短期入所生活介護（短期入所療養介護）の空床利用型は対象になりません。					円
10						円
					合計	532,000 円

※保険医療機関・保険薬局のみなし指定のものは対象となりません。
※短期入所生活介護（短期入所療養介護）の空床利用型は対象になりません。

「事業所種別」及び「区分」は、本庄市介護事業者等物価高騰等対策支援補助金交付要綱の別表を参照のうえ記入してください。

通所系については、同一補助対象者が有する市内の入所系施設の利用者がいた場合、その数を控除してください。

※「事業所種別」、「区分」及び「補助金額」は、本庄市介護事業所等物価高騰等対策支援補助金交付要綱の別表の該当するものを記入すること。