様式第１号

福祉施設等電気料等支援交付金交付申請書兼調査報告書

令和　年　月　日

　奥州市長　宛

申請者　所在地

名　　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　令和７年度福祉施設等電気料等支援事業に係る調査について、次のとおり報告し、支援交付金を申請します。

１　支援交付金の交付の希望の有無　　有

２　交付対象期間における円滑な福祉施設サービス等の運営に係る計画（該当する箇所を☑）

　　□　支援交付金を活用し、施設等の光熱費（電気、ガス、水道、灯油、Ａ重油）及び自動車の燃料代の支払いに充てる

　　□　支援交付金を活用し、福祉施設サービス等の質が低下しないよう努める

　　□　その他（自由記載）

３　申請する支援交付金の額　　　　　　　　　　円

　　（内訳は別紙１のとおり）

別紙１

支援交付金額内訳

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業所名 | サービス区分※１ | 単価 | 定員数等※２ | | 金額※３ |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 合　　　計 | | | | | |  |

※１：サービス区分は、次により番号のみ記載ください。

(1) 介護サービス等：①短期入所生活介護、②小規模多機能型居宅介護、③認知症対応型共同生活介護、④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑤看護小規模多機能型居宅介護、⑥介護福祉施設サービス、⑦介護保健施設サービス、⑧養護老人ホーム、⑨軽費老人ホーム、⑩有料老人ホーム、⑪サービス付き高齢者向け住宅、⑫通所介護、⑬通所リハビリテーション、⑭地域密着型通所介護、⑮認知症対応型通所介護、⑯元気応援型通所サービス、⑰訪問介護、⑱訪問入浴介護、⑲訪問看護、⑳訪問リハビリテーション、㉑定期巡回・随時対応型訪問介護看護、㉒居宅介護支援、㉓介護予防支援、㉔配食見守りサービス、㉕公共交通空白地有償運送、㉖福祉有償運送

(2) 福祉サービス等：㉚短期入所、㉛施設入所支援、㉜共同生活援助、㉝障害児入所施設、㉞生活介護、㉟自立訓練、㊱就労移行支援、㊲就労継続支援、㊳児童発達支援、㊴放課後等デイサービス、㊵居宅介護、㊶重度訪問介護、㊷同行援護、㊸行動援護、㊹自立生活援助、㊺計画相談支援、㊻地域活動支援センター、㊼保育所等訪問支援、㊽障害児相談支援

※２：定員数等には、「定員数」、「事業所数」又は「自動車台数」のいずれか及びその数量を記入してください。なお、自動車台数は、別紙１－１に記載する台数を記入してください。

別紙１－１

支援交付金対象自動車一覧表

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 事業所名 | サービス区分※１ | 自動車登録番号※２ | | | 単価 | 台数 | 支援交付金額 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

※１：サービス区分は、次により番号のみ記載ください。

(1) 介護サービス等：①短期入所生活介護、②小規模多機能型居宅介護、③認知症対応型共同生活介護、④地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、⑤看護小規模多機能型居宅介護、⑥介護福祉施設サービス、⑦介護保健施設サービス、⑧養護老人ホーム、⑨軽費老人ホーム、⑩有料老人ホーム、⑪サービス付き高齢者向け住宅、⑫通所介護、⑬通所リハビリテーション、⑭地域密着型通所介護、⑮認知症対応型通所介護、⑯元気応援型通所サービス、⑰訪問介護、⑱訪問入浴介護、⑲訪問看護、⑳訪問リハビリテーション、㉑定期巡回・随時対応型訪問介護看護、㉒居宅介護支援、㉓介護予防支援、㉔配食見守りサービス、㉕公共交通空白地有償運送、㉖福祉有償運送

(2) 福祉サービス等：㉚短期入所、㉛施設入所支援、㉜共同生活援助、㉝障害児入所施設、㉞生活介護、㉟自立訓練、㊱就労移行支援、㊲就労継続支援、㊳児童発達支援、㊴放課後等デイサービス、㊵居宅介護、㊶重度訪問介護、㊷同行援護、㊸行動援護、㊹自立生活援助、㊺計画相談支援、㊻地域活動支援センター、㊼保育所等訪問支援、㊽障害児相談支援

※２：自動車登録番号を確認するため、**車検証の写しを添付してください。**

様式第２号

福祉施設等電気料等支援交付金調査報告書

令和　年　月　日

　奥州市長　宛

報告者　所在地

名　　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　令和７年度福祉施設等電気料等支援事業に係る調査について、次のとおり報告します。

　支援交付金の交付の希望の有無　　無

様式第４号

福祉施設等電気料等支援交付金交付請求書

令和　年　月　日

　奥州市長　宛

請求者　所在地

名　　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　令和７年度における福祉施設等電気料等支援交付金を次のとおり請求します。

１　請求する支援交付金の額　　　　　　　　　　円

２　振込先

　(1) 金融機関名

　(2) 本店・支店名

　(3) 当座・普通の別

　(4) 口座番号

　(5) 口座名義

様式第５号

福祉施設等電気料等支援事業実績報告書

令和　年　月　日

　奥州市長　宛

報告者　所在地

名　　称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

　令和７年度福祉施設等電気料等支援事業について、次のとおり実績を報告します。

１　支払を受けた支援交付金の額　　　　　　　　　　円

２　交付対象期間における円滑な福祉施設サービス等の運営に係る実績（該当する箇所を☑）

　　□　支援交付金を活用し、施設等の光熱費（電気、ガス、水道、灯油、Ａ重油）及び自動車の燃料代の支払いに充てた

　　□　支援交付金を活用し、福祉施設サービス等の質が低下しないよう努めた

　　□　その他（自由記載）