# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金
# （令和６年度）支給要領

（趣旨）

第１　物価高騰による社会福祉施設及び医療施設等の負担の軽減を図り、適切で質の高いサービスの安定的な提供を維持するため、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（以下「支援金」という。）を予算の範囲内において支給することとし、他の法令等の定めるところによるほか、この要領により必要な事項を定める。

（支援金の概要）

第２ 支援金の概要は、以下のとおりである。

（１） 支給対象者

支援金の支給を受けることができる者（以下「支給対象者」という。）は、次のアからウまでの全ての要件を満たす者とする。

ア　令和７年１月１日（以下「基準日」という。）において、岩手県内に所在する別表第１から別表第７までの施設・事業所等を運営している法人・個人であること。

イ　基準日において、事業の実態（事業を実施している）があること。

ウ　申請日において、事業継続の意思があること。

（２） 支援金の額及び要件

別表第１から別表第７までに定めるとおりとする。

２　前項の規定にかかわらず、次に掲げる施設・事業所等については支援金の支給対象外とする。

（１） 基準日時点で休止又は廃止の届出をしている施設・事業所等

（２） 設置者が県又は市町村である施設・事業所等（指定管理者制度による運営も含む）

（３） 岩手県暴力団排除条例（平成 23 年岩手県条例第 35 号）に規定する暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者が開設、運営又は出資する施設・事業所等

（４） 上記のほか、本支援金の目的に照らして適当でないと知事が認めた施設・事業所等

（支給申請）

第３　支援金の支給を受けようとする者は、別に定める期日までに別表第８に定める書類を、知事に提出するものとする。

（支給の決定）

第４　知事は、第３の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）支給決定通知書（様式第５号）により当該申請をした者（以下「申請者」という。）にその旨を通知するとともに、支援金を支給するものとする。

２　知事は、支援金を支給しないことと決定したときは、その旨を社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）不支給決定通知書（様式第６号）により申請者に通知するものとする。

３　知事は、支援金の支給に当たっては、支援金の支給の目的を達成するため、必要な条件を付することができる。

（申請書類の保管）

第５　申請者は、支援金の支給後においても、支給申請書類及びその証拠書類等を５年間保存し、知事から提出を求められた場合には、速やかに提出するものとする。

（調査等）

第６　知事は、支援金の支給に関し、必要があると認めるときは、申請者に対し報告を求め、文書を提出させ、又は実地に調査を行うことができる。

（支給決定の取消）

第７　知事は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、支援金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（１）　偽りその他不正な手段により支援金の支給決定を受けたとき。

（２）　支援金の支給決定の条件又はこの要領の規定に違反したとき。

（３）　前２号に掲げるもののほか、知事が不適当と認める事由が生じたとき。

（返還）

第８　知事は第７の規定による支援金の支給の決定の全部又は一部を取り消した場合において、既に支援金を支給しているときは、期限を定めて当該支援金を返還させるものとする。

（その他）

第９　この要領に定めるもののほか、支援金の支給に関して必要な事項は、知事が別に定める。

附　則

この要領は、令和７年２月７日から施行する。

別表第８（第３関係）

| 提出書類及び添付書類 | 様式 | 提出部数 | 提出期限 |
| --- | --- | --- | --- |
| １　社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）支給申請書兼請求書 | 様式第１号 | １部 | 別に定める。 |
| ２　社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）支給申請内訳書 | 様式第２号 | １部 | |
| ３　社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）誓約書兼同意書 | 様式第３号 | １部 | |
| ４　その他知事が必要と認める書類 | | １部 | |

別表第１（第２関係）【救護施設】

| 区分 | | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | １事業所あたり | 定員１名あたり | |
| 救護施設 | ― | － | 10,000 | |

別表第２（第２関係）【障害福祉サービス事業所等】

| 区分 | サービス種別 | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | １事業所あたり | 定員１名あたり | |
| 通所系 | 療養介護事業所 | 90,000 | － | ○　障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している通所系事業所。 |
| | 生活介護事業所 | 90,000 | － | |
| | 重度障害者等包括支援事業所 | 90,000 | － | |
| | 自立訓練(機能訓練)事業所 | 90,000 | － | |
| | 自立訓練(生活訓練)事業所 | 90,000 | － | |
| | 就労移行支援事業所 | 90,000 | － | |
| | 就労継続支援(A型)事業所 | 90,000 | － | |
| | 就労継続支援(B型)事業所 | 90,000 | － | |
| | 児童発達支援事業所 | 90,000 | － | |
| | 放課後等デイサービス事業所 | 90,000 | － | |
| 入所系 | 障害者支援施設 | － | 10,000 | ○　障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している入所系施設。<br>※　短期入所事業所における、空床利用型は対象外。 |
| | 共同生活援助事業所 | － | 10,000 | |
| | 短期入所事業所(空床利用型は対象外) | － | 10,000 | |
| | 福祉型障害児入所施設 | － | 10,000 | |
| | 医療型障害児入所施設 | － | 10,000 | |
| 訪問・相談系 | 居宅介護事業所 | 30,000 | － | ○　障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。 |
| | 重度訪問介護事業所 | 30,000 | － | |
| | 同行援護事業所 | 30,000 | － | |
| | 行動援護事業所 | 30,000 | － | |
| | 就労定着支援事業所 | 30,000 | － | |
| | 自立生活援助事業所 | 30,000 | － | |
| | 居宅訪問型児童発達支援事業所 | 30,000 | － | |
| | 保育所等訪問支援事業所 | 30,000 | － | |
| | 一般相談支援事業所 | 30,000 | － | |
| | 障害児相談支援事業所 | 30,000 | － | |
| | 特定相談支援事業所 | 30,000 | － | |

別表第３（第２関係）【介護サービス事業所等】

| 区分 | サービス種別 | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | １事業所あたり | 定員１名あたり | |
| 通所系 | 通所介護 | 100,000 | － | ○　介護保険法の規定に基づき開設している通所系事業所。<br>※　介護予防サービス・総合事業は対象外。<br>※　保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。 |
| | 通所リハビリテーション<br>（医療・施設みなしを除く一般指定のみ） | 100,000 | － | |
| | 複合型サービス<br>(看護小規模多機能型居宅介護) | 100,000 | － | |
| | 地域密着型通所介護 | 100,000 | － | |
| | 認知症対応型通所介護 | 100,000 | － | |
| | 小規模多機能型居宅介護 | 100,000 | － | |
| 入所系 | 介護老人福祉施設 | － | 10,000 | ○　介護保険法又は老人福祉法の規定に基づき開設している入所系施設。<br>※　介護予防サービスは対象外。<br>※　養護老人ホーム又は軽費老人ホームにおける、地域密着型特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護は対象外。<br>※　短期入所系施設における、空床利用型は対象外。 |
| | 介護老人保健施設 | － | 10,000 | |
| | 介護医療院 | － | 10,000 | |
| | 短期入所生活介護（空床利用型は対象外） | － | 10,000 | |
| | 認知症対応型共同生活介護 | － | 10,000 | |
| | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | － | 10,000 | |
| | 養護老人ホーム | － | 10,000 | |
| | 軽費老人ホーム | － | 10,000 | |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護<br>（養護・軽費を除く） | － | 10,000 | |
| | 特定施設入居者生活介護<br>（養護・軽費を除く） | － | 10,000 | |
| 訪問・相談系 | 居宅介護支援 | 30,000 | － | ○　介護保険法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。<br>※　介護予防サービス・総合事業は対象外。<br>※　保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。 |
| | 福祉用具貸与・販売<br>（同一事業者の重複支給は不可） | 30,000 | － | |
| | 訪問介護 | 30,000 | － | |
| | 訪問入浴介護 | 30,000 | － | |
| | 訪問看護ステーション | 30,000 | － | |
| | 訪問リハビリテーション<br>（医療・施設みなしを除く一般指定のみ） | 30,000 | － | |
| | 夜間対応型訪問介護 | 30,000 | － | |
| | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | 30,000 | － | |

別表第４（第２関係）【児童養護施設等】

| 区分 | | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | １事業所あたり | 定員１名あたり | |
| 児童養護施設 | ― | － | 10,000 | ○　児童福祉法の規定に基づき設置している児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設。<br>○　困難な問題を抱える女性への支援に関する法律の規定に基づき設置している女性自立支援施設。<br>○　支援金の算定において、暫定定員を設定されている施設にあっては、暫定定員に基づき支援金を算定する。 |
| 乳児院 | ― | － | 10,000 | |
| 児童心理治療施設 | ― | － | 10,000 | |
| 女性自立支援施設 | ― | － | 10,000 | |

別表第５（第２関係）【医療施設】

| 区分 | | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | 基礎支援金（１施設あたり） | 加算支援金（１床あたり） | |
| 医療施設 | 病院・有床診療所 | 200,000 | 16,000 | ○　医療法の規定に基づき開設している病院又は診療所（企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の施設を除く。）のうち、保険医療機関の指定を受け、一般患者の受け入れを行っている医療施設。<br>※　休床中の病床は対象外。<br>※　全ての病床を休床している有床診療所は無床診療所の単価で算定。<br>※　同一施設で、医科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方のみ申請可能。 |
| | 無床診療所（医科） | 100,000 | － | |
| | 歯科診療所 | 100,000 | － | |
| | （特別高圧を受電する医療機関への加算支援金） | － | 21,000 | ○　上記の医療施設のうち、特別高圧を受電する医療機関。 |
| | 助産所 | 100,000 | － | ○　医療法の規定に基づき開設している助産所。 |

別表第６（第２関係）【施術所】

| 区分 | | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | 基礎支援金（１施設あたり） | 加算支援金（１床あたり） | |
| 施術所 | 按摩、鍼、灸、柔整 | 33,000 | － | ○　あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律又は柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所のうち、療養費の受領委任取扱いの指定を受けた施術所。<br>※　同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一箇所のみ申請可能。 |

別表第７（第２関係）【薬局】

| 区分 | | 単価（円） | | 支給要件 |
|---|---|---|---|---|
| | | １事業所あたり | 定員１名あたり | |
| 薬局 | ― | 15,000 | － | ○　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設の許可を受けている薬局のうち、健康保険法の規定に基づき保険薬局の指定を受けた施設。 |

（様式第１号）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 支給申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達 増 拓 也　様

| | | | |
|---|---|---|---|
| 申請者所在地<br>（法人の場合は法人所在地） | 〒<br>岩手県 | | |
| フリガナ | | | |
| 法　人　名<br>（個人事業主の場合は屋号） | | | |
| フリガナ | | フリガナ | |
| 代表者の職 | | 代表者氏名 | |
| ※個人事業主の場合は氏名のみ記載願います。 | | | |
| 事業者種別<br>（該当種別をチェックしてください） | 法人 | | 個人 |
| 担当者の職 | | 担当者氏名 | |
| 担当者TEL | | FAX | |
| 担当者E-mail | | | |

**社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の支給を受けたいので、**
**本書面に関係書類を添えて、下記のとおり申請します。**

１　申請分類　　本申請において該当する支給要領別表１～７の分類をチェックしてください。

※　下記の１～７の分類をまとめて（複数）申請することはできません。

※　複数の分類を運営している場合、分類ごとに分けて申請願います。

※　分類について詳細は別表を参照ください。

□　１　救護施設　　□　２　障害福祉サービス事業所等

□　３　介護サービス事業所等　　□　４　児童養護施設等

□　５　医療施設　　□　６　施術所

□　７　薬局

２　申請額兼請求額

| |
|---|
| 円 |

３　支援金の振込先口座情報

（申請書のほか、通帳の表紙及び通帳を開いた１・２ページ目の写しを添付してください。）

※　口座名義は通帳の見開きに記載があるカナ名義の表記となります。

※　申請者（法人名又は代表者）と振込口座名義が違う場合、様式第４号委任状の提出が必要となります。

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | | | | 金融機関コード | | | | | | | | |
| 本・支店名 | | | | | 支店コード | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通 | | 当座 | | 口座番号 | | | | | | | | |
| 口座名義<br>（カナ名義） | | | | | | | | | | | | | |

| 分類 | １救護施設・２障害福祉サービス<br>３介護サービス・４児童養護施設用 |
|---|---|

（様式第２号－１）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 支給申請内訳書

令和　　年　　月　　日

## ４　申請事業所・申請金額内訳

※　本申請によって申請する事業所情報等について、別表を参考に記載ください。

※　本申請によって異なる分類をまとめて申請することはできません。

※　下記の①～④の施設については定員数を、それ以外は事業所数に数字「１」を記載してください。

①　救護施設

②　障害福祉サービス事業所等のうち入所系施設

③　介護サービス事業所等のうち入所系施設

④　児童養護施設等

※　同じ分類内で複数のサービス種別を運営している場合、本様式により一括での申請が可能です。

| | 事業所名 | 事業所番号（障害・介護のみ） | 定員数<br>事業所数 | 単価<br>（円） | 申請金額<br>（円） |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | |
| | サービス種別(障害・介護のみ) | 所在地 | | | |
| | | | | | |

| | 事業所名 | 事業所番号（障害・介護のみ） | 定員数<br>事業所数 | 単価<br>（円） | 申請金額<br>（円） |
|---|---|---|---|---|---|
| 2 | | | | | |
| | サービス種別(障害・介護のみ) | 所在地 | | | |
| | | | | | |

| | 事業所名 | 事業所番号（障害・介護のみ） | 定員数<br>事業所数 | 単価<br>（円） | 申請金額<br>（円） |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | | | | | |
| | サービス種別(障害・介護のみ) | 所在地 | | | |
| | | | | | |

| | 事業所名 | 事業所番号（障害・介護のみ） | 定員数<br>事業所数 | 単価<br>（円） | 申請金額<br>（円） |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | | | | | |
| | サービス種別(障害・介護のみ) | 所在地 | | | |
| | | | | | |

| | 事業所名 | 事業所番号（障害・介護のみ） | 定員数<br>事業所数 | 単価<br>（円） | 申請金額<br>（円） |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | | | | | |
| | サービス種別(障害・介護のみ) | 所在地 | | | |
| | | | | | |

| 申請額合計 | 円 |
|---|---|

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。

※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
　その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

※ 児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を記載願います。

| 分類 | ５医療施設用 |
|---|---|

（様式第２号－２）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 支給申請内訳書

令和　　年　　月　　日

## ４　申請施設・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する施設情報等について、別表を参考に記載ください。

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関以外）】　（単位・円）

| 名称 | 所在地 | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 基礎支援金 | １床あたり加算支援額(※) | 病床数(休床除く) | 加算支援金額 |
| 200,000円 | 16,000円 | 床 | 円 |

※ 光熱費相当分10,000円＋食材料費相当分6,000円

| 申請金額 |
|---|
| 円 |

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関）】　（単位・円）

| 名称 | 所在地 | | |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 基礎支援金 | １床あたり加算支援額(※) | 病床数(休床除く) | 加算支援金額 |
| 200,000円 | 37,000 | 床 | 円 |

※ 光熱費相当分10,000円＋食材料費相当分6,000円＋特別高圧受電医療機関加算支援金21,000円

(契約種別が特別高圧受電契約に属することが確認できる書類を添付してください。)

| 申請金額 |
|---|
| 円 |

【無床診療所(医科・歯科)・助産所】　（単位・円）

| 名称 | 所在地 | 申請金額 |
|---|---|---|
| | | 100,000円 |

※ 複数の施設の申請をまとめて行う場合は、本書をコピーしてご利用ください。
※ 以下の医療施設は支給対象となりません。

**【支給対象外となる医療施設】**
**・公立(県立・市町村立)の医療機関**
**・保険診療機関の指定を受けていない病院・診療所・歯科診療所**
**・医療法に基づく開設手続を行っていない助産所**
**・企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の医療施設**

※ 同一施設内で複数の診療報酬上の指定を受けている場合、いずれか一方のみ申請可能です。
※ 休床中の病棟・病床は支給対象となりません。
（申請病床数と病床機能報告の病床数に差異がある場合、確認書類の提出を求めることがあります。）
※ 全ての病床を休床している有床診療所は、無床診療所として申請してください。

| 分類 | ６施術所用 |
|---|---|

（様式第２号－３）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 支給申請内訳書

令和　　年　　月　　日

## ４　申請事業所・申請金額内訳

※　本申請によって申請する事業所情報等を、別表を参考に記載ください。

※　同一法人等が複数の施術所を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

【施術所(あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師)】　（単位・円）

| | 名称 | 所在地 | 申請金額 |
|---|---|---|---|
| 1 | | | 33,000円 |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

| 申請額合計 | 円 |
|---|---|

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。

※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
　その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

※ 療養費の受領委任を行っていない施術所は支給対象となりません。

※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、
　いずれか一箇所のみ申請が可能です。

| 分類 | ７薬局用 |
|---|---|

（様式第２号－４）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 支給申請内訳書

令和　　年　　月　　日

## ４　申請施設・申請金額内訳

※　本申請によって申請する施設情報等を、別表を参考に記載ください。

※　同一法人が複数の保険薬局を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

【薬局】

（単位・円）

| | 名称 | 所在地 | 申請金額 |
|---|---|---|---|
| 1 | | | 15,000円 |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | | | |
| 19 | | | |
| 20 | | | |

| 申請額合計 | 円 |
|---|---|

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。

※　事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
　　その場合一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

（様式第３号）

# 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和６年度）
# 誓約書兼同意書

令和　　年　　月　　日

岩手県知事　達　増　拓　也　様

法 人 名
（個人事業主の場合は屋号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者職
（個人事業主の場合は氏名のみ）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（以下「支援金」という。）の支給申請を行うにあたり、次に記載の項目について、誓約及び同意します。

なお、虚偽の誓約を行った場合又は同意した項目に違反した場合には、岩手県知事が支給額を決定する前であれば、支援金の支給申請を取り下げ、既に支援金の支給を受けていた場合は、速やかに岩手県に支援金を返還します。

記

| 確認 | 誓約項目 |
|---|---|
| | 本支援金の支給対象者の要件を満たしていること。 |
| | 本支援金の支給申請あたり、岩手県（支援金事務局）に提出した本支援金の関係書類、及び通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽のないこと。 |
| | 本支援金を重複して申請しないこと。 |
| | 申請日現在事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思のあること。 |
| | 暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していないこと。<br>かつ、将来にわたっても本項に該当しないこと。<br>※　岩手県暴力団排除条例（平成23年岩手県条例第35号）第２条第２号及び同条第３号に規定するものをいう。 |

| 確認 | 同意項目 |
|---|---|
| | 岩手県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じること。 |
| | 以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じること。<br>①　虚偽の申請が判明した場合<br>②　誤った申請と給付がされていた事が判明した場合<br>③　誓約事項が順守されなかった場合 |
| | 個人情報の取り扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有すること。 |
| | 本支援金によって収集した個人情報は社会福祉施設及び医療施設等の支援や管理の目的で岩手県が活用する事があること。 |

| 確認 | 確認項目 |
|---|---|
| | 申請に必要な様式１～３について、内容を確認、記載し同封しました。 |
| | 通帳の表紙、口座番号及び名義人（カタカナ）が確認できる箇所の写しを添付しました。 |
| | 申請者と振込口座の名義を確認しました。<br>また、確認の上で、振込口座の名義が違う場合は委任状を添付しました。 |

※　上記の各種項目に誓約、同意する場合には、各種項目欄左の確認欄に☑チェックを記入すること。

※　確認項目の記載内容を確認の上、必要な書類を手配し、各種項目欄左の確認欄に☑チェックを記入すること。

※　確認欄の全てに☑チェックの記入がある場合のみ、当該支給申請を受理し、申請内容について、審査を行う。

様式第４号

# 委　任　状

令和 年　月　日

岩手県知事　達増　拓也　様

委任者
所在地
法人名（屋号）

代表者職・氏名　　印

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和６年度)の受領に関する権限を以下の者に委任します。

受任者
所在地
法人名

受任者職・氏名

【振込口座（受任者名義の口座)】

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 金融機関名 | | | | | 金融機関コード | | | | | | | | | |
| 本・支店名 | | | | | 支店コード | | | | | | | | | |
| 口座種別 | 普通 | | 当座 | | 口座番号 | | | | | | | | | |
| 口座名義（カナ名義） | | | | | | | | | | | | | | |

様式第５号（第４関係）

番　　号
令和　　年　　月　　日

（申請者）　様

岩手県知事　達　増　拓　也

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和６年度)支給決定通知書

令和　　年　　月　　日付けで申請のあった、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金については、下記のとおり支給することを決定したので通知します。

記

支給決定額　　円

様式第６号（第４関係）

番　　号
令和　　年　　月　　日

（申請者）　様

岩手県知事　達　増　拓　也

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和６年度)不支給決定通知書

令和　　年　　月　　日付けで申請のあった、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金については、下記の理由により支給しないことを決定したので通知します。

記

不支給の理由