

第1号様式（第5条関係）

令和**年**月**日

（あて先）浜松市長

住所（所在地） 浜松市中央区元城町103-2

事業者 名称 社会福祉法人浜松〇〇会
代表者氏名 理事長 浜松 太郎

（署名又は記名押印をしてください。）

補助金交付申請書

代表者の署名（直筆）
又は法人代表者印を押印

浜松市障害福祉サービス等事業所物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第5条の規定により、補助金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

記

必ず第2号様式の合計額
と一致すること

1 補助金交付申請額 〇,〇〇〇,〇〇〇 円

2 市税の納付又は納入の状況の確認についての同意（同意する場合は下記に☑記入）

☑ 浜松市障害福祉サービス等事業所物価高騰対策助成事業費補助金交付要綱第3条の規定により、市において、補助金交付事業者の市税の納付又は納入の状況について確認することに同意します。

暴力団排除に関する誓約（誓約及び承諾する場合は下記に☑記入）

☑ 浜松市障害福祉サービス等事業所物価高騰対策助成事業費補助金の交付申請にあたり、下記事項について誓約し、承諾します。

次に掲げる者のいずれにも該当しません。

内容を確認し
同意・誓約・承諾する場合に
レ点を記入する

（浜松市暴力団排除条例（平成24年浜松市条例第81号。以下「条例」という。）第2号に規定する暴力団をいう。）

役員等（条例第2条第4号に規定する暴力団員等をいう。以下同じ。）

役員等と密接な関係を有する者

・上記3点に掲げる者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべきもの、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体

（2）浜松市が暴力団排除に必要な場合には、静岡県警察本部又は管轄警察署に照会することを承諾します。

添付書類

- 申請額算出内訳書（第2号様式）
- 市民税・県民税・森林環境税特別徴収義務者指定通知書の写し又は市民税・県民税・森林環境税特別徴収未実施理由書（給与所得者を雇用する法人のみ）

第2号様式（第5条関係）
申請額算出内訳書【記載例】
食材料費

事業所ごとに算出すること

「365」日とすること

No.	事業所名	サービス種別	定員数	補助基準額 (円)	運営見込日数 (令和7年4～ 令和8年3月)	補助率	補助額 (円)
1	〇〇〇	障害者支援施設	100	202.00	365	1/2	3,686,500
2	△△△	障害者支援施設	50	202.00	365	1/2	1,843,250
3	×××	障害児入所施設	20	175.00	365	1/2	638,750
4						1/2	
5						1/2	
6						1/2	
7						1/2	
8						1/2	
9						1/2	
10						1/2	
							6,168,500
記入方法				食材料費 補助基準額(単位：円)			
(1) サービス種別は、要綱別表のサービス種別欄から選択すること。				障害者支援施設 202.00			
(2) 運営見込日数は、令和7年4月～令和8年3月末日までの事業実施予定の日数を記入すること。				障害児入所施設 175.00			

補助金申請額合計	6,168,500
----------	-----------

円

記入不要
（空欄のままとすること）

年 月 日

（あて先）浜松市長

住所（所在地） 浜松市中央区元城町103-2

請求者 名称 社会福祉法人浜松〇〇会
代表者氏名 理事長 浜松 太郎

記入不要
（空欄のままとすること）

補助金交付請求書

押印不要

年 月 日付け浜松市指令健障第 号により補助金の交付決定を受けた浜松市障害福祉サービス等事業所物価高騰対策助成事業費補助金について、下記のとおり請求します。

記

記入不要
（空欄のままとすること）

1 金額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀 行 〇〇 信用金庫 〇〇 農 協 営 業 本 部 本 店 支 店 出 張 所
口座種別	普 通 ・ 当 座 ・ そ の 他
口座番号	12345 * *
口座名義（カナ）	シヤカイフクシホウジン * * * リジチヨウ * * *

必ず事前に入力フォームに
登録した内容と一致すること

第 9 号様式（第 6 条関係）
事業実施報告書【記載例】
食材料費

住所（所在地） 浜松市中央区元城町 1 0 3 － 2
名称 社会福祉法人浜松〇〇会
代表者氏名 理事長 浜松 太郎
(署名又は記名押印をしてください。)

No.	事業所名	サービス種別	定員数	運営日数 (令和7年4～ 令和8年3月)	対象経費支払額 (円)
1	〇〇〇	障害者支援施設	100	365	3, 752, 232
2	△△△	障害者支援施設	50	365	1, 876, 116
3	×××	障害児入所施設	20	365	542, 046
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
					6, 170, 394

実績額を入力すること

「実績額」は、令和 7 年 4 月 1 日から令和 8 年 3 月 3 1 日までに支出した対象経費（食材料費）の額を記載すること。

※当該期間に請求があり、かつ、支払いが完了した額。
支払いが完了していない額については算出不要。

記入方法
(1) サービス種別は、要綱別表のサービス種別欄から選択すること。
(2) 運営日数は、令和7年4月～令和8年3月末日までの事業実施日数を記入すること。

食材料費	補助基準額(単位：円)
障害者支援施設	202. 00
障害児入所施設	175. 00

実施額合計	6, 170, 394
-------	-------------

円