

年 月 日

島根県知事 丸山 達也 様

(申請者) 郵便番号

住 所

氏 名

令和7年度 医療・介護・障がい福祉施設等物価高騰対策食材料費応援金（障がい福祉施設等分）支給申請書

令和7年度の医療・介護・障がい福祉施設等物価高騰対策食材料費応援金（障がい福祉施設等分）の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 円

2 申請内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	対象施設等	基準単価	定員数	申請額(円)
1				10,500		
2				10,500		
3				10,500		
4				10,500		
5				10,500		
6				10,500		
7				10,500		
8				10,500		
9				10,500		
10				10,500		
11				10,500		
12				10,500		
13				10,500		
14				10,500		
15				10,500		
合計						

3 担当者

担当者職名・氏名	
電話番号	
メールアドレス	

年 月 日

島根県知事 丸山 達也 様

(申請者) 郵便番号

住 所

氏 名

令和7年度 医療・介護・障がい福祉施設等物価高騰対策食材料費応援金（障がい福祉施設等分）支給申請書

令和7年度の医療・介護・障がい福祉施設等物価高騰対策食材料費応援金（障がい福祉施設等分）の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 1,260,000 円

2 申請内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	対象施設等	基準単価	定員数	申請額(円)
1	1234567890	障害者支援施設〇〇	施設入所支援	10,500	50	525,000
2	2345678901	障害者支援施設××	施設入所支援	10,500	40	420,000
3	3456789012	障害児入所施設××	福祉型障害児入所施設	10,500	30	315,000
4				10,500		
5				10,500		
6				10,500		
7				10,500		
8				10,500		
9				10,500		
10				10,500		
11				10,500		
12				10,500		
13				10,500		
14				10,500		
15				10,500		
合計						1,260,000

3 担当者

担当者職名・氏名	〇〇課長・〇〇 〇〇
電話番号	0 8 5 2 - 〇〇 - 〇〇〇〇
メールアドレス	〇〇@〇〇〇〇

対象施設等	支給単価（円）
施設入所支援	10,500
福祉型障害児入所施設	10,500
医療型障害児入所施設	10,500