第1号様式　　　　　　　　　　　　　　　　（用紙規格　ＪＩＳ　Ａ４）

令和**２**年**５**月**●●**日

（宛先）松戸市長

法人所在地　**松戸市根本３８７－５**

法人名称　　**社会福祉法人○○会**

代表者職氏名　**理事長　松戸市郎**

介護施設等感染拡大防止対策補助金交付申請書

介護施設等感染拡大防止対策補助金交付要綱の規定に基づき、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

１　交付申請額 　　　　　　　　金　**７００，０００**円

 　　（内訳）

　　　　　施設定員数　**１００**　　　　　人　×　　　　　**１**　　　　か所

　　　　　施設定員数　　　　　　　　　人　×　　　　　　　　　　か所

　　　　　施設定員数　　　　　　　　　人　×　　　　　　　　　　か所

２　補助事業実施計画書（第２号様式）

３　その他添付書類

法人担当者：　**事務長　○○**

連絡先電話番号：**０４７-○○○-○○○○**

Emailアドレス：**○○＠abc.ne.jp**

第２号様式　　　　　　　　　　　　　　　　　（用紙規格　ＪＩＳ　Ａ４）

 　　　　　　　　介護施設等感染拡大防止対策補助金実施計画書

法人名称　　**社会福祉法人○○会**

代表者職氏名　**理事長　松戸市郎**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 定員（人） | 申請日直近の入所者数（人） | 4月1日以降の新規入所者数（人） |
| 特別養護老人ホーム○○ | 100 | 男　：36女　：60 | 男　：0女　：0 |
| 職員数（人） | うち常勤医療職 | うち介護職員（非常勤含む） | うち事務職員（非常勤含む） |
| 125 | 6 | 111 | 8 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業概要 | 事業費（円） | うち本補助金 | うち法人負担額 |
| 1. N95マスク購入費

（4/21　購入済）1. 消毒用アルコール購入費

（4/25　購入済）1. 飛沫防止アクリル版取り付け

（予定・見積）1. 施設内共用部分（600㎡）

消毒（予定・概算）1. 備蓄用防護衣　購入

（予定・概算） | 49,83032,835150,000500,000100,000 | 49,00031,000150,000400,00070,000 | 8301,8350100,000300,000 |
| 事業費合計 | 832,665 | 700,000 | 132,665 |

第１２号様式　　　　　　　　　　　　　　　　（用紙規格　ＪＩＳ　Ａ４）

介護施設等感染拡大防止対策補助金交付請求書

令和　　年　　月　　日

法人所在地　**松戸市根本３８７－５**

法人名称　　**社会福祉法人○○会**

代表者職氏名　**理事長　松戸市郎**

　令和　　年　　月　　日付け松戸市指令第　　　号の　　　をもって交付決定があった介護施設等感染拡大防止対策補助金の交付を受けたいので、松戸市補助金等交付規則第１４条及び第１５条の規定により、下記のとおり請求します。

記

　　　　請求額　**７００，０００**円