

令和2年5月●●日

↑提出日を記入

(宛先) 松戸市長

法人所在地 **松戸市根本387-5**

法人名称 **社会福祉法人〇〇会**

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 〇〇**

連絡先電話番号: **047-〇〇〇-〇〇〇〇**

Email アドレス: **〇〇@abc.ne.jp**

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 **社会福祉法人〇〇会**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 〇〇	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)		49,830	49,000	830
2. 消毒用アルコール購入費 (4/25 購入済)		32,835	31,000	1,835
3. 飛沫防止アクリル版取り付け (予定・見積)		150,000	150,000	0
4. 施設内共用部分 (600 m ²) 消毒 (予定・概算)		500,000	400,000	100,000
5. 備蓄用防護衣 購入 (予定・概算)		100,000	70,000	300,000
事業費合計		832,665	700,000	132,665

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

空欄で提出してください

法人所在地 **松戸市根本387-5**

法人名称 **社会福祉法人〇〇会**

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**