（様式第１号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付申請書

令和４年８月４日

越谷市長　宛

申請者　住　　所　越谷市越ヶ谷四丁目２番１号

　　　　 法 人 名　社会福祉法人　●●●会

　　　　 代表者名　理事長　□□　□□

　　　　 記入者名　▲▲　▲▲

　　　　 連 絡 先　048-963-9305

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第５条及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（２）の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

　１　申請金額　　　　　　　　金　　　　　２，０８０，０００　　　　円

　２　申請金額の積算　　　　　単価1.300（税抜き）×従事者100人×8週×2回

　３　対象施設（事業所）名　　　　〇〇〇〇〇〇特別養護老人ホーム

４　サービス種別　　　　　　　　居宅介護支援

　　　　　　　　　　　　　　　　　通所介護

　　　　　　　　　　　　　　　　　短期入所生活介護

　　　　　　　　　　　　　　　　　介護老人福祉施設

５　使用する抗原定性検査キット名

〇〇〇株式会社　（製　品　名）

　６　添付書類　　　　　　　　　　　　検査計画表（別紙１）

（様式第４号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

変更申請書

令和４年８月２４日

越谷市長　宛

申請者　住　　所　越谷市越ヶ谷四丁目２番１号

　　　　 法 人 名　社会福祉法人　●●●会

　　　　 代表者名　理事長　□□　□□

　　　　 記入者名　▲▲　▲▲

　　　　 連 絡 先　048-963-9305

令和４年８月〇〇日付、越介保第〇〇〇号で交付決定の通知を受けた越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、補助事業の変更の承認を受けたいので、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（５）の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

　１　対象施設（事業所）名　　　　　　〇〇〇〇〇〇特別養護老人ホーム

　２　変更の理由　　　　　　　　　①第３回目の検査より対象従事者の増加

　　　　　　　　　　　　　　　　　②抗原定性検査キットの変更

　３　変更の内容　　　　　　　　　①新規採用により５人増加

　　　　　　　　　　　　　　　　　②☐☐☐☐（株）　（製　品　名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　単価１，４００円（税抜き）

　４　変更後の補助金交付申請額　　金　　　　２，２８４，０００　　　　　円

　　　※変更前の補助金交付決定額　金　　　　２，０８０，０００　　　　　円

　５　添付書類　　　　　　　　　　変更後の検査計画表（別紙１）

（様式第７号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

実績報告書

令和４年９月２０日

越谷市長　宛

申請者　住　　所　越谷市越ヶ谷四丁目２番１号

　　　　 法 人 名　社会福祉法人　●●●会

　　　　 代表者名　理事長　□□　□□

　　　　 記入者名　▲▲　▲▲

　　　　 連 絡 先　048-963-9305

令和４年８月〇〇日付、越介保第〇〇〇号で交付決定の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、補助事業が完了しましたので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１５条第１項及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領４－（１）の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり報告します。

記

　１　対象施設（事業所）名　　〇〇〇〇〇〇特別養護老人ホーム

　２　精算金額　　　　　　　金　　　２，２４２，０００　　円

　３　精算金額の算定内訳　　　単価１，３００×４００回

　　　　　　　　　　　　　　　単価１，４００×１２３０回

　４　添付書類　　　　　　　１）従事者名簿（別紙３）

２）使用した抗原定性検査キットの領収書の写し

※領収書の写しに抗原定性検査キットの名称及び単価が明記されていないときは、請求書、明細書又は納品書のいずれかに、抗原定性検査の名称及び単価が明記されている書類の写しも併せて添付すること

（様式第９号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金請求書

令和４年１０月３日

越谷市長　宛

申請者　住　　所　越谷市越ヶ谷四丁目２番１号

　　　　 法 人 名　社会福祉法人　●●●会

　　　　 代表者名　理事長　□□　□□

　　　　 記入者名　▲▲　▲▲

　　　　 連 絡 先　048-963-9305

令和４年９月〇日付、越介保第△△△号で交付額が確定した越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１８条第２項及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領４－（３）の規定により、下記のとおり請求します。

記

　１　請求金額　　　金　　　２，２４２，０００　　　　円

　２　振 込 先　　　金融機関名　　　♦♦♦♦銀行

　　　　　　　　　　店舗名　　　　　越　谷　　　　　　　　　　本店・支店

　　　　　　　　　　口座種目　　　　　　普通　・当座

　　　　　　　　　　口座番号　　　　０１２３４５６７

　　　　　　　　　　フ　リ　ガ　ナ シカクシカク　　シカクシカク

　　　　　　　　　　口座名義人　　　□□　□□

　３　そ の 他　　　申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任者（申請者）の代表者印を押印した委任状（任意書式）が必要となります。