

記入例

(様式第1号)

令和7年度越谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策支援金交付申請書兼請求書

令和7年10月1日

越谷市長 宛

申請者 法人住所 越谷市越ヶ谷四丁目2番1号
法人名 株式会社 地域共生介護保険
代表者職氏名 代表取締役 介護 ○ ×
記入者名 ■ ■
送付先住所 越谷市越ヶ谷四丁目1番1号
送付先施設名 デイサービス地域共生介護保険 A
連絡先 048-963-9305

1 法人1回限りの申請ですので、特に（別紙1）の記載に漏れないようご注意ください。
また、電子メールで送信する際は、宛先を間違えないよう、十分お気をつけ願います。

介護保険課から、交付を確定した際に、様式第2号（確定通知書）を発送しますので、宛先を記入願います。法人住所で問題ない場合は、「同上」又は空欄で願います。

施設等光熱費等高騰対策支援金の交付を受けたいので、下
うえ、令和7年度越谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策
に基づき申請します。なお、交付決定の際は当該支援金
を振り込むよう併せて請求します。

記

（別紙1）の合計金額をご記入ください。

1 支援金交付申請（請求）額 金 584,600 円

※支援金内訳に関しては、事業所一覧（別紙1）のとおり

2 申立事項

- ・ 令和7年度越谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策支援金交付実施要領2の柱書き及び各号に掲げている条件をすべて満たしていることに相違ありません。
- ・ 越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第22条に基づく関係書類の整備及び同規則第23条に基づく調査等を遵守します。
- ・ 令和7年度越谷市高齢者施設等光熱費等高騰対策支援金交付実施要領8-（2）に該当したときは支援金を返還します。

3 添付書類

事業所一覧（別紙1）

LPGガス（プロパンガス）を利用していることがわかる書類

（裏面に振込先口座情報を記載する欄があります）

記入例

記載漏れ、記載間違いがないよう、ご注意ください。

4 振込先口座情報

金融機関名	〇〇〇〇	銀行 信用金庫 農協	支店名	〇〇〇〇 支店						
科目	普通	当座	口座番号	0	1	2	3	4	5	6
フリガナ	ヨボウ シカクサンカク									
口座名義	予 防 口 金									
※申請者と口座名義人が違う場合のみ記入	【 委 任 状 】									
	支援金の振り込みに関して、上記口座（名義）に振り込むこと委任します。									
	法人住所 越谷市越ヶ谷四丁目2番1号									
	法人名 株式会社 地域共生介護保険									
	代表者名 介 護 〇 ×									
	印									

申請者と口座名義人が違う場合は、必ず【委任状】に記載をお願いします。
併せて、必ず「押印」をお願いします。

※押印がない場合、受け付けできません。
※振り込みを委任する場合の申請は、必ず介護保険課へ持参又は郵送にてお願いいたします。電子メールでは受け付けません。
※郵送の場合は、令和7年10月31日必着

記入例

事業所一覧（別紙１）

法人名 株式会社 地域共生介護保険

No.	①事業所名	②事業所番号	③区分	④事業所種別		⑤支援金額 (単位：円)
				入所系（Ⅰ）の 場合、定員数		
1	デイサービス地域共生介護保険 A	117080****	Ⅱア		通所介護	11,100 円
2	ケアサービス地域共生介護保険 A	117080****	Ⅱイ		通所リハビリテーション	11,100 円
3	デイサービス地域共生介護保険 B	117080++++	Ⅱア		通所介護	11,100 円
4	ケアサービス地域共生介護保険 B	117080++++	Ⅱイ		通所リハビリテーション	11,100 円
5	デイサービス地域共生介護保険 C	117080/////	Ⅱア		通所介護	11,100 円
6	ケアサービス地域共生介護保険 C	117080/////	Ⅱイ		通所リハビリテーション	11,100 円
7	小規模多機能地域共生介護保険	119080@@@@	Ⅰサ	9 人	小規模多機能型居宅介護	18,000 円
8	介護付有料老人ホーム地域共生介護保険	117080¥¥¥¥	Ⅰキ	60 人	有料老人ホーム（特定含む）	120,000 円
9	サ高住 地域共生介護保険 A		Ⅰク	50 人	サービス付き高齢者向け住宅（特定含む）	100,000 円
10	サ高住 地域共生介護保険 B		Ⅰク	40 人	サービス付き高齢者向け住宅（特定含む）	80,000 円
11	住宅型有料老人ホーム地域共生介護保険		Ⅰキ	100 人	有料老人ホーム（特定含む）	200,000 円
12						円
13						円
14						円
15						円
16						円
17						円
18						円
19						円
20						円
21						円
22						円
23						円
24						円
25						円
26						円
27						円
28						円
29						円
30						円
合計金額【様式第 1 号に記載する支援金交付申請（請求）額】⇒						584,600 円

申請者が、本市で運営する事業所で、
要領「別表 1」に該当する施設は、
漏れなく記載願います。
※（予防）は除く。

事業所番号がない高齢者施設
（例：有料老人ホーム等）は、空
欄でお願いします。

要領「別表 2」の「区分」「事業所
種別」の付番を記載願います。

入所系（Ⅰ）の事業の場合のみ、定員を記
載願います。
※あくまでも定員です。
その時の入所者数ではありませんので、
ご注意願います。
※小規模多機能、看護小規模多機能居宅介
護に関しては、指定の際に届け出ている
「宿泊サービスの利用定員数」を記載願
います。

※「③区分」は、別表 2 の「区分」欄に記載されている内容にしたがってご記入ください。

「④事業所種別」、「⑤支援金額」欄については自動入力されます。

※定員数は、区分が入所系（Ⅰ）の場合にのみご記入ください。