様式第１号（第７条第１項関係）

記入例

印

仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金交付申請書

・「会社印」や「個人印」などではなく，「代表者印」の押印をお願いいたします。

令和　5　年　7　月　30　日

**・当初提出した交付申請書に不備等があり，交付申請書を再提出する場合の交付申請日は，不備等があった交付申請書の交付申請日と同日としてください。**

（あて先）仙　台　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 | 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 |
| 申請者 | 法人名 | 社会福祉法人　介護事業支援課 |
|  | 代表者名 | 理事長　　仙台　太郎　　　印 |

　標記の補助金の交付を受けたいので，仙台市補助金等交付規則第３条第１項及び仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金交付要綱第７条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

・申請者は運営法人の代表者でお願いします。

・「会社印」や「個人印」などではなく，「代表者印」の押印をお願いいたします。

記

・介護老人保健施設にて短期入所療養介護を実施の場合、入所と併せて対象者数を集計ください。

|  |  |
| --- | --- |
| １　施設等の種類 | 特別養護老人ホーム、短期入所生活介護 |
| ２　施設等の名称 | 特別養護老人ホーム　仙台定禅寺 |
| ３　申請額 | 金　　　　2,775,000　　　　円　※１００円未満の端数切り捨て |
| ４　申請額の内訳 | 補助単価(長期)　25,000　円　×　対象者数　95　名（定員数　100　名）  補助単価(短期)　25,000　円　×　対象者数　16　名（定員数　20　名） |

下記について，ご確認及びご理解の上，チェック（☑）をし，この申請書を提出してください。

（申請前確認事項）

・内容をご確認の上、確実にチェック（☑）をお願いいたします。

|  |
| --- |
| ☑　物価高騰の影響により，施設等の食材料費に係る費用が上昇している。  ☑　令和５年４月１日又は事業開始日から令和６年３月31日までに食材料に要した費用の領収書等は，この補助金の交付を受けた年度の翌年度から５年間保存しなければならない。  （以下については，どちらかにチェックしてください。）  □　令和４年度以降，利用者等が負担する食材料費の値上げを行っていない。（※）  ☑　令和４年度以降，利用者等が負担する食材料費の値上げを行っているが，令和５年度の物価上昇を見込んだ値上げは行っていないため，通常単価の５割の単価で申請額を計算している。  　※食材料費の物価上昇による影響額が本補助金額を上回る場合，上回った金額についての値上げを制限するものではございません。  ・指定時の事業所番号をご記入ください。軽費老人ホームは空欄でご提出ください。 |

（補助金の振込口座）

☑　仙台市ホームページ掲載の「みやぎ電子申請サービスの申請フォーム」により，補助金の交付を受けることとなる場合の口座番号等の情報を提出している。

・本市から確認の連絡等を行った場合にご対応が可能な方の氏名等をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | 4123456789 |
| 担当者氏名 | 青葉　太郎 |
| 連絡先電話番号 | 022-000-0000 |

様式第３号（第10第１項関係）

記入例

印

仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金変更等承認申請書

・「会社印」や「個人印」などではなく，「代表者印」の押印をお願いいたします。

令和　5　年　〇　月　〇　日

（あて先）仙　台　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地又は住所 | 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 |
| 申請者 | 法人名又は氏名 | 社会福祉法人　介護事業支援課 |
|  | 代表者名 | 理事長　仙台　太郎　　　　　印 |

・「会社印」や「個人印」などではなく，「代表者印」の押印をお願いいたします。

令和5年 〇 月 〇 日付仙台市R5（健保支）指令第〇〇号で交付の決定の通知がありました標記の補助金について，下記のとおり（変更・中止・廃止）したいので，仙台市補助金等交付規則第５条第１項及び仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金交付要綱第10条第１項の規定により，下記のとおり申請します。

・該当する項目にチェックしてください。

記

１　補助事業の名称

　　仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金

２　変更の内容

1. 既交付決定額　　　　　　　金　　2,775,000　　円
2. 変更後申請額　　　　　　　金　　2,837,500　　円

３　変更等の理由

　①　変更　　・・・定員変更による（令和6年1月より定員100名⇒110名）

　②　中止　　・・・

・変更等の理由をご記入ください。

　③　廃止　　・・・

・指定時の事業所番号をご記入ください。軽費老人ホームは空欄でご提出ください。

・本市から確認の連絡等を行った場合にご対応が可能な方の氏名等をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | 4123456789 |
| 担当者氏名 | 青葉　太郎 |
| 連絡先電話番号 | 022-000-0000 |

様式第６号（第12条関係）

・実績報告書に「代表者印」の押印の必要はございません。

記入例

仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金実績報告書

令和　6　年　3　月　31　日

・日付は令和６年３月３１日とご記入ください。

・「報告前確認事項」を３月３１日時点で確認の上，提出してください。

（あて先）仙　台　市　長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所在地 | 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 |
| 申請者 | 法人名 | 社会福祉法人　介護事業支援課 |
|  | 代表者名 | 理事長　仙台　太郎 |

　令和5年 〇 月 〇 日付仙台市R5（健保支）指令第〇〇号で交付決定のありました標記の補助金については，令和５年４月１日から令和６年３月31日までの間の食材料費の一部として使用しましたので，仙台市補助金等交付規則第12条第１項及び仙台市福祉施設等食材料費負担軽減事業補助金交付要綱第12条の規定により，下記のとおり実績として報告します。

・概算交付済額は、交付決定額(概算払額)を記入してください。

・実績額は、実績額算出方法（エクセルデータ）で求めた金額を記入してください。なお、実績報告には**実績額算出方法（エクセルデータ）も添付してください。**

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　施設等の種類 | 特別養護老人ホーム、短期入所生活介護 |
| ２　施設等の名称 | 特別養護老人ホーム　仙台定禅寺 |
| ３　概算交付済額 | 金　　2,837,500　　円（ア） |
| ４　実績額 | 金　　2,912,500　　円（イ） |
| ５　精算額 | 金　　75,000　　円（イ）－（ア） |

※精算額の金額がマイナスの場合，返還金が生じます。プラスの場合は，追加交付が生じます。

※実績額の算出方法については，別紙「福祉施設等食材料費負担軽減事業の実績額算出方法」参照。

・内容をご確認の上、確実にチェック（☑）をお願いいたします。

（報告前確認事項）

|  |
| --- |
| ※以下の５点について，ご確認及びご理解の上，チェック（☑）をし，この報告書を提出してください。  ☑　上記の１～５について，令和６年３月31日時点の内容として誤りがない。  ☑　同月30日までに，届出等を行っていない事実上の場合も含めて，施設等を休止又は廃止していない。  ☑　追加交付が生じた場合，当初概算払いを行った振込口座と同口座への振込で変更がない。  　（振込口座に変更がある場合は，担当課へ直接ご連絡ください。）  ・本市から確認の連絡等を行った場合にご対応が可能な方の氏名等をご記入ください。  ☑　同日までに，届出等を行っていない事実上の場合も含めて，施設等を休止又は廃止した場合，補助金の一部又は全部を返還しなければならない。  ・指定時の事業所番号をご記入ください。軽費老人ホームは空欄でご提出ください。  ☑　令和５年４月１日又は事業開始日から令和６年３月31日までに使用した食材料に要した費用の領収書等は，この補助金の交付を受けた年度の翌年度から５年間保存しなければならない。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 | 4123456789 |
| 担当者氏名 | 青葉　太郎 |
| 連絡先電話番号 | 022-000-0000 |