

軽費老人ホーム事務費補助金提出書類

記入例

- P. 1 【様式第 1 号】軽費老人ホーム事務費補助金交付申請書
- P. 2 【様式第 2 号】補助金所要額調書
- P. 3 【様式第 3 号 (1)】補助金所要額内訳書
- P. 4~5 【様式第 3 号 (2) 又は 様式第 11 号 (2)】階層別、月別利用人員内訳
- P. 6~9 【様式第 3 号 (3) 又は 様式第 11 号 (3)】
利用料納付額及び事務費基準額内訳
- P. 10 【様式第 3 号 (4) 又は 様式第 11 号 (4)】職員の状況
- P. 11 【様式第 3 号 (5) 又は 様式第 11 号 (5)】
1 施設当たり職員平均勤続年数算定表
- P. 12 【様式第 3 号 (6) 又は 様式第 11 号 (6)】
1 施設当たり職員平均勤続年数算定表 (一般入所者分)
- 【様式第 3 号 (7) 又は 様式第 11 号 (7)】
1 施設当たり職員平均勤続年数算定表 (特定施設入所者生活介護)
- P. 13 【様式第 5-2 号】軽費老人ホーム事務費補助金変更承認申請書
- P. 14 【様式第 9 号】軽費老人ホーム事務費補助金事業実績報告書
- P. 15 【様式第 10 号】補助金精算書
- P. 16 【様式第 11 号 (1)】補助金精算内訳書
- P. 17 【様式第 15 号】軽費老人ホーム処遇改善計画書
- P. 18 【様式第 16 号】軽費老人ホーム処遇改善結果報告書
- P. 19 【様式第 10 号と決算書の関係】
- P. 20 【様式第 11 号 (1) と決算書の関係】
- P. 21~22 【請求書・A】令和 5 年度 実績報告 (追加交付分)
- P. 23~24 【請求書・B】令和 6 年度 交付申請分

【様式第1号】の記入について

様式第1号

(あて先)
仙 台 市 長

番 号
年 月 日

住 所
申請者 法人等名
代表者名

印

年度経費老人ホーム事務費補助金交付申請書

標記の仙台市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条及び仙台市経費老人ホーム事務費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 補助事業の名称及び概要
年度経費老人ホーム事務費補助事業は、施設の入所者から事務費の一部を減免した場合の減免した経費に対し仙台市が補助し、低額な料金で家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な老人の入所を促進させ、日常生活上必要な便宜を供与し、高齢者が健康で明るい生活を送れるようにするものである。
- 2 補助事業費
施設の運営に必要な事務費に充当する経費で、事務費実支出額と事務費基準額とを比較し、いずれか少ない方の額から、施設の入所者から徴収すべき金額を控除した額
- 3 交付申請額 金 _____ 円
- 4 補助金所要額調書 (様式第2号)
- 5 補助金所要額内訳書 (様式第3号)

(添付書類)

- 1 年度資金収支計算書及び資金収支予算内訳書
- 2 各積立金の使用計画書
- 3 年度事業計画書
- 4 補助の対象となる経費老人ホームにおける利用料(事務費相当額を明らかにすること。)の額を明らかにすることのできる施設の利用規程等
- 5 その他必要と認める書類

「番号」を消し、法人の文書番号をご記入ください。

日付は「令和6年4月1日」としてください。

法人代表者印の印影に注意願います。

様式第2号の(H)の金額を記入します。

添付する書類の名称を正しく記入してください。

※ここで記載している「添付書類」の名称と、法人で使用している名称が異なる場合は、様式に記載している名称に拘らずに、法人が使用している名称をそのまま記入していただいで結構です。

【様式第2号】の記入について

様式第3号(1)の「総事業費」の合計及び「左のうち事務費対象経費」の合計額と同額になります。

様式第3号「(3)利用料納付額及び事務費基準額内訳」の表にある「事務費基準額」の合計額と「事務費本人徴収額」の合計額と同額になります。

様式第15号軽費老人ホーム処遇改善計画書の「3賃金改善計画について①軽費老人ホーム処遇改善加算の見込額」の金額を記入してください。

様式第2号

補給金所要額調書

(単位:円)

設置主体	施設種別 法人名 施設名	総事業費 (A)	事務費 支出 予定額 (B)	事務費 基準額 (C)	事務費 本人徴収 予定額 (D)	事務費減免額 (B)or(C)-(D) (E)	仙台市補助 基本額 (F)	軽費老人ホーム 処遇改善加 算額 (G)	仙台市補助 所要額(F)+(G) (千円未満切捨) (H)	備考
社会福祉法人等						0	0		0	
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	

- (注) 1 (E) 欄については、(B) 欄の額又は (C) 欄の額の何れか少ない方の額から (D) 欄の額を控除した額を記入すること。
 2 (F) 欄には、(E) 欄の額を記入すること。
 3 特定入所者生活介護の指定を受けた施設については、施設名の前に※を記載すること。(例:※○○苑)

注意書きの「3」に該当する場合は、注意書きに示すように施設名の前に「※」を必ず付けてください。

【様式第3号(1)】の記入について

※実績報告時に提出する様式第11号(1)と様式が同じですが、表題が異なりますので、ご注意ください。

施設名を記入してください。

※予算書に記載されている各費目と額が一致しているか必ず確認してください。
 ※この様式の各費目の記載順が、予算書と異なる場合は、費目の順番を予算書の順番に変更していただいても構いません。

【人件費・事務費】

- 人件費・事務費のうち、左記に掲げる費目が「事務費対象経費」となります。
- 次の場合は該当の金額を事務費対象経費から差し引いてください。
 - ・人件費のうち、軽費老人ホーム処遇改善加算により支出するもの
 ※備考欄に「処遇改善加算 ○○円」と記載してください。
 - ・事務費のうち、他の補助金や寄付を受けるもの。
 ※備考欄に「補助金名 ○○円」等と記載してください。

【事業費】

- 事業費は基本的に「事務費対象経費」にはなりません。
- 保健衛生費支出のうち利用者の健康診断の実施に要する費用に充当する経費がある場合、事務費対象経費となります。(P20参照。)

○各種積立金があり、事務費対象経費に含めなければ入居者及び職員の処遇等に影響が発生する場合は、事務費対象経費に含めた上で、積立金の種類ごとにその使用計画書を提出願います。

○特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、(注2)に該当しますので、ご確認ください。

様式第3号(1) (1) 軽費老人ホーム支出額内訳【新会計基準用】 A型・ケアハウス (施設名)		補助金所要額内訳書	
区分	総事業費	単位：円	左のうち事務費対象経費
人件費支出			
職員給料支出			
職員賞与支出			
非常勤職員給与支出			
派遣職員費支出			
退職給付支出			
法定福利費支出			
福利厚生費支出			
職員被服費支出			
旅費交通費支出			
研修研究費支出			
事務消耗品費支出			
印刷製本費支出			
水道光熱費支出			
燃料費支出			
修繕費支出			
通信運搬費支出			
会議費支出			
広報費支出			
業務委託費支出			
手数料支出			
保険料支出			
賃借料支出			
土地・建物賃借料支出			
租税公課支出			
保守料支出			
渉外費支出			
雑会費支出			
○○費支出			
雑支出			
小計	0		0
事業費支出			
給食費支出			
介護用品費支出			
医薬品費支出			
診療・療養等材料費支出			
保健衛生費支出			
医療費支出			
被服費支出			
教養娯楽費支出			
日用品費支出			
水道光熱費支出			
燃料費支出			
消耗器具備品費支出			
賃借料支出			
修繕費支出			
車輦費支出			
管理費運送費支出			
○○費支出			
雑支出			
固定資産取得支出 ○○取得費			
人件費積立金積立額			
修繕積立金積立額			
備品等購入積立金積立額			
合計	0		0

様式第2号の(A)の額

様式第2号の(B)の額

(注1) 「左のうち事務費対象経費」欄の合計額を様式第2号「補助金所要額内訳書」の「事務費支出予定額」欄に記入すること。
 (注2) 特定施設入居者生活介護の指定を受けた施設については「左のうち事務費対象経費」の欄には、指定を受けた場合の配賦基準表における人員に係る経費を計上すること。
 (注3) 人件費支出のうち、軽費老人ホーム処遇改善加算を用いて支出する項目については、軽費老人ホーム処遇改善加算により支出する金額を控除して計上すること。

【様式第3号(2)】及び【様式第11号(2)】の記入について

※この様式は、ケアハウスの様式第3号(2)と様式第11号(2)共通の様式です。

様式第3号(2)、様式第11号(2)
 (2) 階層別、月別利用人員内訳
 イ ケアハウス (施設名)

階層の区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
1 入居者総数													0
一般入所者数													0
2 入居者総数													0
一般入所者数													0
3 入居者総数													0
一般入所者数													0
4 入居者総数													0
一般入所者数													0
5 入居者総数													0
一般入所者数													0
6 入居者総数													0
一般入所者数													0
7 入居者総数													0
一般入所者数													0
8 入居者総数													0
一般入所者数													0
9 入居者総数													0
一般入所者数													0
10 入居者総数													0
一般入所者数													0
11 入居者総数													0
一般入所者数													0
12 入居者総数													0
一般入所者数													0
13 入居者総数													0
一般入所者数													0
14 入居者総数													0
一般入所者数													0
15 入居者総数													0
一般入所者数													0
16 入居者総数													0
一般入所者数													0
17 入居者総数													0
一般入所者数													0
18 入居者総数													0
一般入所者数													0
計 入居者総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一般入所者数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

低所得の利用者や夫婦で利用する場合に減額した場合(月額7,000円)は、「1減額」の記載がある様式を使用してください。

特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については、入居者総数及び一般入居者を記入してください。
 それ以外の施設は、入居者総数のみ記入してください。

施設名を記入してください。

- 交付申請の場合は、令和6年4月1日現在の入所者数を全ての月に記入してください。ただし、4月1日現在の入所者数が定員を下回っていた場合は、定員との差分(空き人数分)の人数を第1階層に加算してください。
- 実績報告の場合は、実績の数値を記入してください。
 (注1) のとおり、各月の利用人員は、各月初日の実利用人員を記入してください。なお、初日に入所と退所が重なった場合で、当該月の入所者数が定員を上回った場合は、付箋等でその旨を記入してください。

(注1) 各月の利用人員は、各月初日の実利用人員を記入すること。(ただし、事業開始後3か月を経過した日の属する月の分までは、30日又は当該月の実日数で除した人員によること。)

※この様式は、軽費老人ホームA型の様式第3号(2)と様式第11号(2)共通の様式です。

様式第3号(2)、様式第11号(2)

(2) 階層別、月別利用人員内訳

ア A型

(ア) 平成3年7月1日以降入所者分

(施設名)

階層の 区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
1													0
2													0
3													0
4													0
5													0
6													0
7													0
8													0
9													0
10													0
11													0
12													0
13													0
14													0
15													0
16													0
17													0
18													0
19													0
20													0
21													0
計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

注) 各月の利用人員は、各月初日の実利用人員を記入すること。(ただし、事業開始後3か月を経過した日の属する月の分までは、30日又は当該月の実日数で除した人員によること。)

記入方法は記入例4ページと同じです。

【様式第3号(3)】及び【様式第11号(3)】の記入について

※この様式は、ケアハウスで、特定施設入居者生活介護の指定を受けていない施設の様式です。
記入例7～9ページの様式も記入方法は同じです。

様式第3号(3)、様式第11号(3)

(3)利用料納付額及び事務費基準額内訳

イ ケアハウス

施設名 _____

定員	
民間加算率	
事務費級地区分	

階層の区分	単価区分別利用人員	利用料納付額 (事務費及び生活費)	事務費基準額		事務費 本人徴収額	備考
			単価区分	金額		
1				0		
2				0		
3				0		
4				0		
5				0		
6				0		
7				0		
8				0		
9				0		
10				0		
11				0		
12				0		
13				0		
14				0		
15				0		
16				0		
17				0		
18				0		
計	0	0	-	0	0	

低所得の利用者や夫婦で利用する場合に減額した場合(月額7,000円)は、「1減額」の記載がある様式を使用してください。

備考には、各階層における「事務費」又は「サービスの提供に要する費用」の月額単価を記入してください。

日割りにより、事務費本人徴収額を受領している場合は、別途任意様式により、日割り額の計算内訳書を提出ください。(入退去日、階層、日割り日数、計算式等)

様式第2号(または様式第10号)の(C)にこちらの金額を記入してください。

様式第2号(または様式第10号)の(D)にこちらの金額を記入してください。

(注) 1 単価区分ごとに別々に記入し、加算率・月別等その理由を記入すること。

単価積算内訳(一般入所者分)

(単位:円)

適用月	(4月～月)	11月～月)	(月～月)
一般事務費			
ボイラー			
技士雇上費			
事務用冬期			
採暖費			
入所者処遇			
特別加算費			
単身赴任			
手当加算費			
施設機能			
強化推進費			
民間施設			
給与等改善費			
その他			
合計	0	0	0

当該単価が適用される期間ごとに記入願います。

左記の「単価区分」に転記願います。

(注) 単価の変動があった場合は異なる単価を使用した各月の状況を必ず全部記載すること。

○交付申請時

- ・「(2)階層別、月別利用人員内訳」に記載している階層の計ごとに必要な数値を計算し記入してください。
- ・「事務費本人徴収額」=「単価区分別利用人員」×「備考(事務費)」
- ・「利用料納付額」=「事務費本人徴収額」+「生活費相当額」

○実績報告時

- ・「(2)階層別、月別利用人員内訳」に記載している階層の計ごとに実際の数値を記入してください。この数値は決算書の数値と一致する必要がありますので、ご注意願います。
- ・各月初日に入退所が重なり、それぞれから利用料等を徴収している場合は、その旨を付箋等で記載してください。

※この様式は、ケアハウスで、特定施設入所者生活介護の指定を受けている施設の一般入居者用の様式です。
 一般分と特定分と別々に作成願います。

様式第3号(3)、様式第11号(3)

(3)利用料納付額及び事務費基準額内訳

イ ケアハウス（一般入所者分）

施設名 _____

定員	
民間加算率	
事務費級地区分	

階層の 区分	単価区分別 利用人員	利用料納付額 (事務費及び 生活費)	事務費基準額		事務費 本人徴収額	備考
			単価区分	金額		
1				0		
2				0		
3				0		
4				0		
5				0		
6				0		
7				0		
8				0		
9				0		
10				0		
11				0		
12				0		
13				0		
14				0		
15				0		
16				0		
17				0		
18				0		
計	0	0	-	0	0	

- (注) 1 単価区分ごとに別々に記入し、「備考」欄に加算・月別等その理由を簡潔に記入すること。
 2 本表については、特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については、一般入所者分、
 特定施設入所者生活介護対象者分をそれぞれ作成すること。

単価核算内訳（一般入所者分）

(単位：円)

適 用 月	(4月～ 月)	(月～ 月)	(月～ 月)
一般事務費			
ボイラー 技士雇上費			
事務用冬期 採暖費			
入所者処遇 特別加算費			
単身社任 手当加算費			
施設機能 強化推進費			
民間施設 給与等改善費			
その他			
合 計	0	0	0

(注) 単価の変動があった場合は異なる単価を使用した各月の状況を必ず全部記載すること。

記入方法については、記入例6ページと同様です。

※この様式は、ケアハウスで、特定施設入所者生活介護の指定を受けている施設の特定施設入所者生活介護対象者用の様式です。
一般分と特定分と別々に作成願います。

様式第3号(3)、様式第11号(3)

(3)利用料納付額及び事務費基準額内訳

イ ケアハウス(特定施設入所者生活介護対象者分)

施設名 _____

定員	
民間加算率	
事務費級地区分	

階層の 区分	単価区分別 利用人員	利用料納付額 (事務費及び 生活費)	事務費基準額		事務費 本人徴収額	備考
			単価区分	金額		
1				0		
2				0		
3				0		
4				0		
5				0		
6				0		
7				0		
8				0		
9				0		
10				0		
11				0		
12				0		
13				0		
14				0		
15				0		
16				0		
17				0		
18				0		
計	0	0	-	0	0	

- (注) 1 単価区分ごとに別々に記入し、「備考」欄に加算・月別等その理由を簡潔に記入すること。
2 本表については、特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については、一般入所者分、特定施設入所者生活介護対象者分をそれぞれ作成すること。

単価積算内訳(特定施設入所者生活介護対象者分)

(単位:円)

適用月		(4月～ 月)	(月～ 月)	(月～ 月)
加 算 分	一般事務費			
	ボイラー			
	技士雇上費			
	事務用冬期 採暖費			
	入所者処遇 特別加算費			
	単身赴任 手当加算費			
	施設機能 強化推進費			
	民間施設 給与等改善費			
	その他			
	合 計		0	0

(注) 単価の変動があった場合は異なる単価を使用した各月の状況を必ず全部記載すること。

記入方法については、記入例6ページと同様です。

※この様式は、軽費老人ホームA型の場合の様式です。

様式第3号(3)、様式第11号(3)
 (3)利用料納付額及び事務費基準額内訳

ア A型

施設名 _____

定員	
民間加算率	
事務費級地区分	

階層の 区分	単価区分別 利用人員	利用料納付額 (事務費及び 生活費)	事務費基準額		事務費 本人徴収額	備考
			単価区分	金額		
1				0		
2				0		
3				0		
4				0		
5				0		
6				0		
7				0		
8				0		
9				0		
10				0		
11				0		
12				0		
13				0		
14				0		
15				0		
16				0		
17				0		
18				0		
19				0		
20				0		
21				0		
計	0	0	-	0	0	

(注) 1 単価区分ごとに別々に記入し、「備考」欄に加算・月別等その理由を簡潔に記入すること。
 2 単価は、(ウ)単価積算内訳のとおりである。

(ウ)単価積算内訳

(単位：円)

適 用 月	(4月～ 月)	(月～ 月)	(月～ 月)
一般事務費			
加 算 分	ボイラー 技士雇上費		
	事務用冬期 採暖費		
	入所者処遇 特別加算費		
	単身赴任 手当加算費		
	施設機能 強化推進費		
	民間施設 給与等改善費		
	その他		
	合 計	0	0

(注) 単価の変動があった場合は異なる単価を使用した各月の状況を必ず全部記載すること。

記入方法については、記入例6ページと同様です。

【様式第3号(4)】及び【様式第11号(4)】の記入について

様式第3号(4)、様式第11号(4)

(4) 職員の状況(A型・ケアハウス)

(施設名)

年4月1日現在

区分	職員数 (現員)		
	専任	兼任	計
施設長			0
事務員			0
生活相談員			0
介護職員			0
看護職員			0
栄養士			0
調理員等			0
ポイラー技士			0
その他			0
()			0
計	0	0	0

(注) この表については、補助対象職員のみを計上すること。

○その他

軽費老人ホーム事務費補助金についての連絡先

担当者電話番号

メールアドレス

担当者氏名

施設名を記入願います。

補助金交付年度の4月1日としてください。

- ・令和5年度実績報告 → 「令和 5年4月1日」と記入。
- ・令和6年度交付申請 → 「令和 6年4月1日」と記入。

<実績報告時の注意事項>

当該年度4月2日以降の人事異動等により職員の配置状況が4月1日時点と異なった場合であっても、4月1日時点で配置していた職員数を記入してください。

実績報告・申請の事務手続きに関するご連絡先・担当者様のお名前を記入してください。

【様式第5-2号】の記入について

様式第5-2号

(あて先)
仙 台 市 長

番 号
年 月 日

住 所
申請者 法人等名
代表者名

印

令和 年度経費老人ホーム事務費補助金変更承認申請書

令和 年 月 日付仙台市 (R 健保支) 指令第 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、下記のとおり変更したいので、仙台市補助金等交付規則第5条第1項第1号及び仙台市経費老人ホーム事務費補助金交付要綱第7条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助事業の名称 令和 年度経費老人ホーム事務費補助事業

2 変 更 の 内 容 事業終了の結果、当初交付決定額を超える(下回る)事務費減免額となったため、その超える(下回る)部分について増額(減額)を申請するもの
及びその理由

3 金額の変更
(1) 既交付決定額 _____ 円
(2) 変更承認申請額 _____ 円
(3) 増減額 _____ 円

4 添付書類
(1) 実績報告書(様式9号)の添付書類
(2) その他必要な書類

「番 号」を消し、法人の文書番号をご記入ください。

日付は「令和 6年 3月 31日」としてください。

法人代表者印の印影に注意願います。
補助金申請時と同じ印鑑で押印してください。

令和5年度 補助金交付決定通知の交付日(令和5年4月1日)と指令番号を記入願います。

実績報告額の増減の状況に合わせて、文章を修正又は、該当しない部分を二重線で削除してください。

- ・実績報告額が、既交付額を上回る場合
→「超える」と「増額」を選択してください。
- ・実績報告額が、既交付額を下回る場合
→「下回る」と「減額」を選択してください。

金額はそれぞれ次の通り対応します。

- (1) 既交付決定額 → 【様式第10号】(I)の金額
 - (2) 変更承認申請額 → 【様式第10号】(H)の金額
 - (3) 増減額 → 【様式第10号】(J)の金額
- ※ (3)は、(J)がプラスの場合は△〇〇円、(J)がマイナスの場合は+〇〇円と記入する。

【様式第9号】の記入について

様式第9号

(あて先)
仙 台 市 長

住 所
申請者 法人等名
代表者名

令和 年度軽費老人ホーム事務費補助金事業実績報告書

令和 年 月 日付仙台市 (R 健保支) 指令第 号で交付決定がありました標記補助金に係る実績報告について、仙台市補助金等交付規則第 12 条及び仙台市軽費老人ホーム事務費補助金交付要綱第 9 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

1 補助事業の名称 令和 年度軽費老人ホーム事務費補助事業

2 事業の概要 施設の入所者から事務費の一部を減免した場合の減免した経費に対し仙台市が補助し、低額な料金で家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な老人の入所を促進させ、日常生活に必要な便宜を供与し、高齢者が健康で明るい生活を送れるようにするものである。

3 補助金精算書 (様式第 10 号)

4 補助金精算内訳書 (様式第 11 号)

(添付書類) ※見込書の場合は、後日正式な書類を提出してください。

- 1 令和 年度資金収支決算書及び資金収支内訳表
- 2 令和 年度事業活動収支計算書及び事業活動収支内訳表
- 3 貸借対象表
- 4 各種立金明細書
- 5 令和 年度事業報告書
- 6 補助の対象となる軽費老人ホームにおける利用料及びその事務費相当額を明らかにすることができる当該施設の利用規程等
- 7 補助対象経費として備品等購入費を計上する場合、固定資産管理台帳又は備品購入台帳等の購入内訳を明らかにすることができる書類及びその領収書等
- 8 その他必要と認める書類

「番 号」を消し、法人の文書番号をご記入ください。

番 号
年 月 日

日付は「令和 6年 3月 31日」としてください。

法人代表者印の印影に注意願います。
補助金申請時と同じ印鑑で押印してください。

印

令和5年度 補助金交付決定通知の交付日(令和5年4月1日)と指令番号を記入願います。

添付する書類の名称を正しく記入してください。

※ここで記載している「添付書類」の名称と、法人で使用している名称が異なる場合は、様式に記載している名称に拘らずに、法人が使用している名称をそのまま記入していただいで結構です。

【様式第10号】の記入について

様式第11号(1)の「総事業費」の合計と「左のうち事務費対象経費」の合計額と同額になります。

様式第11号「(3)利用料納付額及び事務費基準額内訳」の表にある「事務費基準額」の合計額と「事務費本人徴収額」の合計額と同額になります。

様式第16号軽費老人ホーム処遇改善結果報告書の「3 賃金改善結果について ①軽費老人ホーム処遇改善加算額」の金額を記入してください。

軽費老人ホーム処遇改善加算を含め、すでに受け取った補助金総額を記入してください。

様式第10号

補助金精算書

(単位：円)

設置主体	施設種別 法人名 施設名	総事業費 (A)	事務費 実支出額 (B)	事務費 基準額 (C)	事務費 本人 徴収額 (D)	事務費減免額 (B)or(C)-(D) (E)	仙台市補助 基本額 (F)	軽費老人 ホーム処遇 改善加算額 (G)	仙台市補助 所要額(F)+(G) (千円未満切捨) (H)	仙台市補助 受入額 (I)	差引 過不足額 (I)-(H) (J)
社会福祉法人等						0	0		0		0
合計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(注) 1 (E)欄については、(B)欄の額又は(C)欄の額の何れか少ない方の額から(D)欄の額を控除した額を記入すること。

2 (F)欄には、(E)欄の額を記入すること。

3 特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については、施設名の前に※を記載すること。(例：※〇〇苑)

この様式については、決算書の数値と整合性が取れている必要があります。
決算書との関連について、別紙「様式第10号と決算書の関係」に示しますので参照願います。

【様式第11号(1)】の記入について

この様式については、決算書の数値と整合性が取れている必要があります。決算書との関連について、別紙「様式第11号と決算書の関係」を示しますので、参照願います。

様式第11号(1) 補助金精算内訳書
 (1) 軽費老人ホーム支出額内訳【新会計基準用】
 A型・ケアハウス (施設名)

区分	総事業費	単位:円	左のうち事務費対象経費	備考
人件費支出				
職員給与支出				
職員給与と支出				
非常勤職員給与支出				
派遣職員費支出				
退職給付支出				
法定福利費支出				
福利厚生費支出				
職員被服費支出				
旅費交通費支出				
研修研究費支出				
事務消耗品費支出				
印刷製本費支出				
水道光熱費支出				
燃料費支出				
修繕費支出				
通信運搬費支出				
会議費支出				
広報費支出				
業務委託費支出				
手数料支出				
保険料支出				
賃借料支出				
土地・建物賃借料支出				
租税公課支出				
保守料支出				
渉外費支出				
諸金費支出				
○○費支出				
雑支出				
小計	0		0	
事業費支出				
給食費支出				
介護用品費支出				
医薬品費支出				
診療・療養等材料費支出				
保健衛生費支出				
医療費支出				
被服費支出				
教養娯楽費支出				
日用品費支出				
水道光熱費支出				
燃料費支出				
消耗器具備品費支出				
賃借料支出				
修繕費支出				
車輦費支出				
管理費運送費支出				
○○費支出				
雑支出				
固定資産取得支出 ○○取得支出				
人件費積立金積立額				
修繕積立金積立額				
備品等購入積立金積立額				
合計	0		0	

施設名を記入してください。

※決算書に記載されている各費目と額が一致しているか必ず確認してください。
 ※この様式の各費目の記載順が、決算書と異なる場合は、費目の順番を決算書の順番に変更していただいても構いません。

【人件費・事務費】
 ○人件費・事務費のうち、左記に掲げる費目が「事務費対象経費」となります。
 ○次の場合は該当の金額を事務費対象経費から差し引いてください。
 ・人件費のうち、軽費老人ホーム処遇改善加算により支出するもの
 ※備考欄に「処遇改善加算 ○○円」と記載してください。
 ・事務費のうち、他の補助金や寄付を受けるもの。
 ※備考欄に「補助金名 ○○円」等と記載してください。

【事業費】
 ○事業費は基本的に「事務費対象経費」にはなりません。
 ○保健衛生費支出のうち利用者の健康診断の実施に要する費用に充当する経費がある場合、事務費対象経費となります。(P20参照。)

【仙台市福祉施設等電気・ガス等価格高騰対策事業補助金について】
 ①事務費に充てている場合...水道光熱費又は燃料費の事務費対象経費から当該額を控除し、備考欄にその旨記載してください。
 ②事業費に充てている場合...当該事業費の備考欄に、当補助金を充てている旨記載してください。金額は決算書のとおりとしてください。

【仙台市食材料費負担軽減事業補助金について】
 事業費(給食費)に充てて頂くものになります。記載は不要です。

○各種積立金があり、事務費対象経費に含めなければ入居者及び職員の処遇等に影響が発生する場合は、事務費対象経費に含めた上で、積立金の種類ごとにその使用計画書を提出願います。

様式第10号の(A)の額

様式第10号の(B)の額

○特定施設入居者生活介護の指定を受けている場合は、(注2)に該当しますので、ご確認ください。

【様式第15号】の記入について

様式第15号

提出先 仙台市介護事業支援課

軽費老人ホーム処遇改善計画書

1 基本情報

フリガナ	
法人名	
法人所在地	
フリガナ	
書類作成担当者	
軽費老人ホーム名	
担当者連絡先	
電話番号	
E-mail	

4月～3月分まで、4月時点での介護職員数(常勤換算)を入力してください。小数点以下が発生する場合で割り切れない場合は、四捨五入をせず、常勤換算した際の計算式をそのまま入力してください。

2 介護職員数

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
介護職員数(常勤換算)	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#DIV/0!

3 資金改善計画について

※本計画に記載された金額は見込額であり、提出後の運営状況(利用者数等)、人員配置状況(職員数等)その他の事由により変動があります。

※本様式では下記の要件を確認しており、マゼンダ色のセル3カ所が「○」でない場合、補助金の交付要件を満たしていません。

① 補助金による資金改善を行う総額が補助金による収入額を上回ること

② 資金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること

①軽費老人ホーム処遇改善加算の見込額	#DIV/0!	円	要件 I
②資金改善の見込額(i-ii) (右欄の額は①欄の額を上回ること)		円	要件 II
i) 資金改善実施期間(④)に補助金により資金改善を行う場合の介護職員等の資金の総額(見込額)		円	
ii) 令和 年度(資金改善実施期間に相当する期間)の介護職員等の資金の総額【基準額】		円	
③ベースアップ等による資金改善の見込額		円	
職員全体の資金改善見込額 (うち、ベースアップ等による資金改善の見込額)	0.00	円	要件 I
上記資金改善見込額のうち、介護職員の資金改善見込額 (うち、ベースアップ等による資金改善の見込額)	0.00	円	要件 II
④ 補助金による資金改善期間	令和 年度 4 月 ~ 3 月		

【記入上の注意】

①②「資金改善実施期間」に相当する期間の介護職員等の資金の総額(見込額)には、補助金により資金改善を行った場合の法定追加

賃金改善の計算に用いる数値は、法人の予算・決算書類と整合性のある数値を入力してください。また、予算・決算書類から別途計算等を行って各金額を算出する場合は、使用した数値や算出の根拠が分かる書類をご提出ください。(任意様式)

4 軽費老人ホーム処遇改善実施により資金改善を行う資金項目及び方法

資金改善を行う給与の種類	ベースアップ等 <input type="checkbox"/> 基本給 <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当(新設) <input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当(既存の増額) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 手当(新設) <input type="checkbox"/> 手当(既存の増額) <input type="checkbox"/> 賞与 <input type="checkbox"/> その他 ()
具体的な取組内容	(当該事業所における資金改善の内容の根拠となる規則・規程) <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 資金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他 () (資金改善に関する規定内容) ※上記の根拠規程のうち、資金改善に関する部分を記載すること。

以下の点を確認し、全ての項目にチェックして下さい。

確認項目	証明する資料の例
<input type="checkbox"/> 令和 年4月分から資金改善を実施しています。	—
<input type="checkbox"/> 補助金相当額を適切に配分するための資金改善ルールを定めました。	就業規則、給与規程
<input type="checkbox"/> 補助金として給付される額は、職員の資金改善のために全額支出します。	給与明細
<input type="checkbox"/> 本計画書の内容を、補助対象施設の雇用する全ての職員に対して周知しました。	会議録、周知文書

※各証明資料は、指定業者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

※本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

計画書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 4 月 1 日 法人名 代表者 職名 氏名

要件 I・要件 II ともに○となった場合に、加算の対象となります。

- 添付書類の勤務予定表には、必ず各勤務における勤務時間を明記してください。
- 勤務表から勤務時間が読み取れない場合や、介護職員数(常勤換算)が合致しない場合は、追加で書類の提出を求める場合があります。

【様式第16号】の記入について

様式第16号

提出先 仙台市介護事業支援課

軽費老人ホーム処遇改善結果報告書

1 基本情報

フリガナ	
法人名	
法人所在地	
フリガナ	
書類作成担当者	
軽費老人ホーム名	
担当者連絡先	電話番号
	E-mail

4月～3月分まで、介護職員数(常勤換算)の実績を入力してください。小数点以下が発生する場合で割り切れない場合は、四捨五入をせず、常勤換算した際の計算式をそのまま入力してください。

2 介護職員数

月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	合計
介護職員数(常勤換算)	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#DIV/0!

3 資金改善結果について

※本様式では下記の条件を確認しており、オレンジ色のセル3カ所が「○」でない場合、補助金の交付条件を満たしていない。
 Ⅰ補助金による資金改善を行った総額が補助金による収入額を上回ること
 Ⅱ資金改善の合計額の3分の2以上は、基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げに充てること

①軽費老人ホーム処遇改善加算額 (2 介護職員数の合計×9,000円)	#DIV/0!	円			
②資金改善額 (i-ii) (右欄の額は①欄の額を上回ること)		円			
Ⅰ) 資金改善実施期間(④)に補助金により資金改善を行った介護職員等の資金の総額		円			
Ⅱ) 令和 年度(資金改善実施期間に相当する期間)の介護職員等の資金の総額【基準額】		円			
③ベースアップ等による資金改善の額					
職員全体の資金改善額 (うち、ベースアップ等による資金改善額)	#DIV/0!	円	0.00	%	<- X
上記資金改善額のうち、介護職員の資金改善額 (うち、ベースアップ等による資金改善額)		円	0.00	%	<- X
④ 補助金による資金改善額		円			

【記入上の注意】
 ・②Ⅰ「資金改善実施期間」は、令和 年度(資金改善実施期間に相当する期間)とする。
 ・②Ⅱ「資金改善実施期間」は、令和 年度(資金改善実施期間に相当する期間)とする。
 ・③Ⅰ「職員全体の資金改善額」には、補助金により資金改善を行った場合の法定福利費等の事業主負担額を含む。

資金改善の計算に用いる数値は法人の予算・決算書類と整合性のある数値を入力してください。また、予算・決算書類から別途計算等を行って各金額を算出する場合は、使用した数値や算出の根拠が分かる書類をご提出ください。(任意様式)

4 軽費老人ホーム処遇改善実施により資金改善を行う資金項目及び方法

資金改善を行う給与の種類	ベースアップ等	<input type="checkbox"/> 基本給	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当(新設)	<input type="checkbox"/> 決まって毎月支払われる手当(既存の増額)	
	その他	<input type="checkbox"/> 手当(新設)	<input type="checkbox"/> 手当(既存の増額)	<input type="checkbox"/> 賞与	<input type="checkbox"/> その他 ()
具体的な取組内容	(当該事業所における資金改善の内容の根拠となる規則・規程) <input type="checkbox"/> 就業規則の見直し <input type="checkbox"/> 資金規程の見直し <input type="checkbox"/> その他 () (資金改善に関する規定内容) ※上記の根拠規程のうち、資金改善に関する部分を記載すること。				

以下の点を確認し、全ての項目にチェックして下さい。

確認項目	証明する資料の例
<input type="checkbox"/> 令和 年4月分から資金改善を実施しました。	—
<input type="checkbox"/> 補助金相当額を適切に配分するための資金改善ルールを定めました。	就業規則、給与規程
<input type="checkbox"/> 補助金として給付される額は、職員の資金改善のために全額支出しました。	給与明細
<input type="checkbox"/> 本計画書の内容を、補助対象施設の雇用する全ての職員に対して周知しました。	会議録、周知文書

※各証明資料は、指定者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
 ※本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。

報告書の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 3 月 31 日 法人名 代表者 職名 氏名

要件Ⅰ・要件Ⅱともに○となった場合に、加算の対象となります。

- 添付書類の勤務実績表には、必ず各勤務における勤務時間を明記してください。
- 勤務表から勤務実績・勤務時間が読み取れない場合や、介護職員数(常勤換算)が合致しない場合は、追加で書類の提出を求め場合があります。

様式第 10 号と決算書の関係

資金収支計算書				
施設名：ケアハウス 仙台		単位：円		
勘定科目	決算額	予算額	差異	備考
：	：	：	：	
収入				
老人福祉事業収入	29,976,190	29,123,000	△ 853,190	
その他の利用料収入	29,976,190	29,123,000	△ 853,190	
：	：	：	：	
経常収入計	48,259,570	48,500,000	240,430	
支出				
人件費支出	25,583,471	25,542,000	△ 41,471	
	12,254,900	12,220,000	△ 34,900	
	8,682,671	8,550,000	△ 132,671	
	3,362,100	3,500,000	137,900	
	0	0	0	
	158,800	159,000	200	
	1,125,000	1,113,000	△ 12,000	
事務費支出	10,290,235	10,410,000	119,765	
	68,112	70,000	1,888	
	12,130	20,000	7,870	
	5,000	5,000	0	
	119,800	100,000	△ 19,800	
	9,800	10,000	200	
	45,600	50,000	4,400	
	0	0	0	
	0	0	0	
	397,250	400,000	2,750	
	114,500	100,000	△ 14,500	
	2,000	5,000	3,000	
	0	0	0	
	9,103,500	9,200,000	96,500	
	19,092	20,000	908	
	204,300	220,000	15,700	
	103,278	110,000	6,722	
	8,672	10,000	1,328	
	14,780	20,000	5,220	
	59,000	60,000	1,000	
	3,421	10,000	6,579	
事業費支出	11,358,771	11,450,000	91,229	
：	：	：	：	
	390,705	400,000	9,295	
	255,000	260,000	5,000	再掲
	：	：	：	
経常支出費	47,232,477	47,402,000	169,523	
経常活動収支差額	1,027,093	1,098,000	70,907	
：	：	：	：	

◆注意！◆
 決算書に「事務費本人徴収額」が明記されていない場合は、その内訳を別表等に示すようにしてください。

○ 例えば、ここに示す決算書の場合
 「その他の利用料収入」として入所者から徴収した費用が「29,976,190 円」ですが、「**事務費**」として入所者本人から徴収した額（**決算額**）は不明なので、その内訳を示す必要が**あります**。
 そこで、**以下の様な内訳表を作成したうえで、様式第 10 号に添付してください。**

その他の利用料収入	29,976,190
事務費	6,254,338
冬期加算額	1,006,853
生活費	19,834,721
電気料	1,810,247
水道料	1,070,031

※ 決算書に「事務費」の記載のある場合は、その額をそのまま記入してください。

様式第 10 号

補助金精算書

設置主体	施設種別 法人名 施設名	総事業費 (A)	事務費 実支出額 (B)	事務費 基準額 (C)	事務費 本人 徴収額 (D)	事務費減免額 (B)or(C)-(D) (E)	仙台市補助 基本額 (F)	軽費老人ホーム 処遇改善 加算額 (G)	所要額(F)+(G)		差引 過不足額 (I)-(H) (J)
									(千円未満切捨) (H)	仙台市補助 受入額 (I)	
社会福祉法人等	軽費老人ホーム(福) 仙台会 ケアハウス仙台	47,232,477	36,128,706	35,279,000	6,254,338	29,024,662	29,024,662	72,000	29,096,000	28,770,000	△ 326,000
合計		47,232,477	36,128,706	35,279,000	6,254,338	29,024,662	29,024,662	72,000	29,096,000	28,770,000	△ 326,000

軽費老人ホーム処遇改善加算を含めた既に交付された補助金の合計額

(注) 1 (E) 欄については、(B) 欄の額又は (C) 欄の額の何れか少ない方の額から (D) 欄の額を控除した額を記入すること。
 2 (F) 欄には、(E) 欄の額を記入すること。

千円未満は切り捨て

3 特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については、施設名の前に※を記載すること。(例：※○○○)

様式第 11 号 (1) と決算書の関係

資金収支計算書					
施設名：ケアハウス 仙台					
単位:円					
勘定科目	決算額	予算額	差異	備考	
入	老人福祉事業収入	29,976,190	29,123,000	△ 853,190	
	その他の利用料収入	29,976,190	29,123,000	△ 853,190	
出	経常収入計	48,259,570	48,500,000	240,430	
	人件費支出	25,583,471	25,542,000	△ 41,471	
	職員給料支出	12,254,900	12,220,000	△ 34,900	
	職員賞与支出	8,682,671	8,550,000	△ 132,671	
	非常勤職員給与支出	3,362,100	3,500,000	137,900	
	退職給付支出	158,800	159,000	200	
	法定福利費支出	1,125,000	1,113,000	△ 12,000	
	事務費支出	10,280,435	10,400,000	119,565	
	福利厚生費支出	68,112	70,000	1,888	
	職員被服費支出				
	旅費交通費支出	12,130	20,000	7,870	
	研修研究費支出	5,000	5,000	0	
	事務消耗品費支出	119,800	100,000	△ 19,800	
	印刷製本費支出	45,600	50,000	4,400	
	水道光熱費支出	0	0	0	
	燃料費支出	0	0	0	
	修繕費支出	397,250	400,000	2,750	
	通信運搬費支出	114,500	100,000	△ 14,500	
	会議費支出	2,000	5,000	3,000	
	広報費支出	0	0	0	
	業務委託費支出	9,103,500	9,200,000	96,500	
	手数料支出	19,092	20,000	908	
	保険料支出	204,300	220,000	15,700	
	賃借料支出	103,278	110,000	6,722	
	租税公課支出	8,672	10,000	1,328	
	渉外費支出	14,780	20,000	5,220	
	諸会費支出	59,000	60,000	1,000	
	雑支出	3,421	10,000	6,579	
	事業費支出	11,358,771	11,450,000	91,229	
	保健衛生費支出	390,705	400,000	9,295	
	(内 入所者の健康診断に要した費用)	255,000	260,000	5,000	再掲
	経常支出費	47,222,677	47,392,000	169,323	
	経常活動収支差額	1,036,893	1,108,000	71,107	

補助金精算内訳書			
様式第11号(1) (1) 軽費老人ホーム支出額内訳【新会計基準用】			
A型・ケアハウス		ケアハウス 仙台	
区分	総事業費 単位:円	左のうち事務費対象経費	備考
人件費支出	職員給料支出 12,254,900	12,146,900	処遇改善加算108,000円控除
	職員賞与支出 8,682,671	8,682,671	
	非常勤職員給与支出 3,362,100	3,362,100	パート職員
	退職給付支出 158,800	158,800	
	法定福利費支出 1,125,000	1,125,000	
	福利厚生費支出 68,112	68,112	
	旅費交通費支出 12,130	12,130	
	研修研究費支出 5,000	5,000	
	事務消耗品費支出 119,800	119,800	
	印刷製本費支出 45,600	45,600	
	水道光熱費支出 0	0	
	燃料費支出 0	0	
	修繕費支出 397,250	397,250	居室エアコン修繕等
	通信運搬費支出 114,500	114,500	
	会議費支出 2,000	2,000	
	広報費支出 0	0	
	業務委託費支出 9,103,500	9,103,500	調理業務・清掃業務
	手数料支出 19,092	19,092	
	保険料支出 204,300	204,300	
	賃借料支出 103,278	103,278	
	租税公課支出 8,672	8,672	
	渉外費支出 14,780	14,780	
	諸会費支出 59,000	59,000	
	雑支出 3,421	3,421	
小計	35,863,906	35,755,906	
	保健衛生費支出 390,705	255,000	入所者の健康診断
固定資産取得支出 ○○取得支出	11,358,771	11,358,771	
人件費積立金積立額			
修繕積立金積立額			
備品等購入積立金積立額			
合計	47,222,677	47,114,677	

(注1)「左のうち事務費対象経費」欄の合計額を様式第10号「補助金精算書」の「事務費実支出額」欄に記入すること。
 (注2) 特定施設入所者生活介護の指定を受けた施設については「左のうち事務費対象経費」の欄には、指定を受けた場合の配置基準表における人員に係る経費を計上すること。
 (注3) 人件費支出のうち、軽費老人ホーム処遇改善加算を用いて支出した項目については、軽費老人ホーム処遇改善加算により支出した金額を控除して計上すること。

↑
 入所者の健康診断に係る費用は補助の対象となります。

様式第 10 号の (A) の額 様式第 10 号の (B) の額

※ 「決算書に記載されている額」と、様式第 11 号 (1) に記載されている額は等しくなります。異なる場合は、その根拠を示してください。

記入例・A（おもて）

令和5年度 実績報告（追加交付分）

求 書

金額の前に必ず「¥」を記入願います。

千	百	十	万	千	百	十	円	
			5	6	0	0	0	
			¥					

ただし、令和5年度 軽費老人ホーム事務費補助金として（内訳のとおり）

内 訳					
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額
仙台市（R5 健保支）				円	円
指令第〇〇号	追加交付分	式	1		56,000
<p>R5年度当初の「交付決定通知」に記載されている指令番号を転記願います。</p> <p>「追加交付分」と記入。</p>					
↑軽減税率対象品目は品名欄に※		8%対象分(①)		10%対象分(②)	
小 計				56,000	
消費税及び地方消費税				-	
合 計				56,000	

日付は記入不要です。

上記（裏面）の金額を請求します。

年 月 日

（あて先）仙台市（区）長 住所

仙台市青葉区国分町3丁目7-1

債権者登録している場合には忘れずに記入してください。

仙台 お支払いください。（債権者電話番号下4桁）

登録債権者番号

--	--	--	--

氏名 社会福祉法人 仙台会
理事長 仙台 太郎

電話 (022-214-8318)

イボ発行事業者 T

登録番号 (13桁)

債権者登録している場合は記入不要(複数口座登録の場合は要記入)です。

口座を複数登録していますので } 右のとおり振込

登録していませんので } してください。

(上記のいずれかに☑印をつけてください)

振込先銀行	青葉 銀行									
	1 普通	口座	1	2	3	4	5	6	7	
2 当座	番号									

債権者登録していない場合、または複数口座の登録がある場合には該当箇所にてチェックしてください。

（ ）の場合、内訳欄の記入は不要です。

口座名義	フリガナ	シヤカイクシホウシ	ン	セン	
		タ イカイリシ	チヨウ	セン	
		社会福祉法人 仙台会 理事長 仙台 太郎			

記入例・B（おもて）

令和6年度 交付申請分

求 書

金額の前に必ず「¥」を記入願います。

千	百	十	万	千	百	十	円
¥	1	2	3	4	0	0	0

ただし、令和6年度 軽費老人ホーム事務費補助金として（内訳のとおり）

内 訳					
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額
仙台市（R6 健保支）				円	円
指令第〇〇号	第〇四半期分	式	1		1,234,000
	概算				
↑軽減税率対象品目は品名欄に※		8%対象分(①)	10%対象分(②)	合計(①+②)	
小 計					1,234,000
消費税及び地方消費税					-
合 計					1,234,000

本提出前に「交付決定通知」の指令番号をお知らせしますので、転記願います。（事前審査分提出時は、番号の記入は不要です。）

「第1四半期」、「第2四半期」、「第3四半期」、「第4四半期」毎に同じものを2枚ずつ作成(またはデータで提出)願います。（事前提出時は、1枚ずつの作成で結構です。）

日付は記入不要です。

上記（裏面）の金額を請求します。

年 月 日

（あて先）仙台市（区）長 住所

仙台市青葉区国分町3丁目7-1

債権者登録している場合には忘れずに記入してください。

氏名

社会福祉法人 仙台会
理事長 仙台 太郎

お支払いください。（債権者電話番号 4桁）

電話

(022-214-8318)

登録債権者番号

--	--	--	--

イボ発行事業者

T				
---	--	--	--	--

登録番号（13桁）

債権者登録している場合は記入不要(複数口座登録の場合は要記入)です。

口座を複数登録していますので } 右のとおり振込
 登録していませんので } してください。
(上記のいずれかに☑印をつけてください)

振込先銀行

青葉 銀行

1 普通	口座	1	2	3	4	5	6	7
2 当座	番号							

債権者登録していない場合、または複数口座の登録がある場合には該当箇所をチェックしてください。

口座名義

フリガナ	シヤカ	イフク	シホ	ウシ	ン	セン
	タ	イカイ	リシ	チ	ヨウ	セン

社会福祉法人 仙台会 理事長 仙台 太郎

内訳欄の記入は不要です。

