

令和7年度 社会福祉施設^{及び}医療施設等 物価高騰緊急対策支援金

申請マニュアル

はじめに「本支援金支給対象者の要件」を申請前に必ずご確認ください。

チェック欄	確認内容
	貴法人(個人)の業態が別表(P4~P6)記載の業態に含まれている。
	支援金の申請日において岩手県内に所在する施設・事業所を運営している法人
	本支援金(令和7年度)を重複して申請していない。
上記全てにチェックがされた場合 → 支援金の支給対象です。本マニュアルに沿って申請をお願いします。	
一つでもチェックができなかった場合 → 本支援金の支給対象外です。申請はできません。	

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金に関するお問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

岩手県盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階

MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL : 019-601-6471

受付時間…平日9:00~17:00

特設サイトはコチラ



- ・受付時間外、土日祝日のお問い合わせはご遠慮ください。
- ・多くの個人情報扱うため、事務局に訪問しての相談はご遠慮いただいております。

目 次

ページ番号	内容
P1	目次
P2~P3	1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和7年度)支給要領
P4	2-1【別表1 救護施設】【別表2 障害福祉サービス事業所等】
P5	2-2【別表3 介護サービス事業所等】【別表4 児童養護施設等】
P6	2-3【別表5 医療施設等】【別表6 施術所】【別表7 薬局】
P7	3 支給対象者について
	4 受付期間
	5【別表8 申請に必要な書類】
P8	6 申請方法について
P9	7 審査・支援金の支給について
P10	8 支援金支給までのフロー
P11	9 オンライン申請 システム入力例
P11~P12	(1) 申請フォームへ移動
P12~P14	(2) アカウムの作成
P15~P30	(3) オンライン申請手順
	10 郵送申請 申請書記入例
P31	参考 様式第1号記入例
P32	参考 様式第2号-1記入例
P33	参考 様式第2号-2記入例
P34	参考 様式第2号-3記入例
P35	参考 様式第2号-4記入例
P36	参考 様式第3号記入例
P37	参考 様式第4号記入例
P38	11 郵送申請 添付書類
P39	12 審査について / 13 その他付帯事項
P40~P41	14 よくあるお問い合わせ(FAQ)
P42	お問い合わせ先

1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和7年度)支給要領

申請を行う前に必ずご一読ください。

① 趣旨

第1 物価高騰が続く中、社会福祉施設及び医療施設等の負担の軽減を図り、適切で質の高いサービスの安定的な提供を維持するため、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(以下「支援金」という。)を予算の範囲内において支給することとし、他の法令等の定めるところによるほか、この要領により必要な事項を定める。

② 支援金の概要

第2 支援金の概要は、以下のとおりである。

(1) 支給対象者

支援金の支給を受けることができる者(以下「支給対象者」という。)は、次のアからウまでの全ての要件を満たす者とする。

ア 令和8年1月1日(以下「基準日」という。)において、岩手県内に所在し別表1から別表7に掲げる施設・事業所等を運営している法人・個人であること。

イ 基準日において、事業の実態(事業を実施している)があること。

ウ 申請日において、事業継続の意思があること。

(2) 支援金の額及び要件

別表1から別表7までに定めるとおりとする。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる施設・事業所等については支援金の支給対象外とする。

(1) 基準日時点で休止又は廃止の届出をしている施設・事業所等

(2) 設置者が県又は市町村である施設・事業所等(指定管理者制度による運営も含む)

(3) 岩手県暴力団排除条例(平成23年岩手県条例第35号)に規定する暴力団員又は暴力団と密接な関係を有する者が開設、運営又は出資する施設・事業所等

(4) 上記のほか、本支援金の目的に照らして適当でないとして知事が認めた施設・事業所等

③ 支給申請

第3 支援金の支給を受けようとする者は、別に定める期日までに別表8に定める書類を、知事に提出するものとする。

④ 支給の決定

第4 知事は、第3の規定による申請を受理したときは、その内容を審査し、適切と認めるときは、社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和7年度)支給決定通知書(様式5号)により当該申請をした者(以下「申請者」という。)にその旨を通知するとともに、支援金を支給するものとする。

2 知事は、支援金を支給しないことと決定したときは、その旨を社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和7年度)不支給決定通知書(様式6号)により申請者に通知するものとする。

3 知事は、支援金の支給に当たっては、支援金の支給の目的を達成するため、必要な条件を付することができる。

1 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和7年度)支給要領

⑤ 申請書類の保管

第5 申請者は、支援金の支給後においても、**支給申請書類及びその証拠書類等を5年間保管**し、知事から提出を求められた場合には、速やかに提出するものとする。

⑥ 調査等

第6 知事は、支援金の支給に関し、必要があると認めるときは、申請者に対し報告を求め、文書を提出させ、又は実地に調査を行うことができる。

⑦ 支給決定の取消

第7 知事は、申請者が次の各号のいずれかに該当するときは、支援金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 偽りその他不正な手段により支援金の支給決定を受けたとき。
- (2) 支援金の支給決定の条件又はこの要領の規定に違反したとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、知事が不相当と認める事由が生じたとき。

⑧ 返還

第8 知事は第7の規定による支援金の支給の決定の全部又は一部を取り消した場合において、既に支援金を支給しているときは、期限を定めて当該支援金を返還させるものとする。

⑨ その他

第9 この要領に定めるもののほか、支援金の支給に関して必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和8年2月6日から施行する

2-1 【別表1 救護施設】 【別表2 障害福祉サービス事業所等】

別表1（第2関係）【救護施設】

区分	単価（円）	支給要件		
			1事業所あたり	定員1名あたり
救護施設	—	—	13,700	

別表2（第2関係）【障害福祉サービス事業所等】

区分	サービス種別	単価（円）		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
通所系	療養介護事業所	114,000	—	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している通所系事業所。
	生活介護事業所	114,000	—	
	重度障害者等包括支援事業所	114,000	—	
	自立訓練(機能訓練)事業所	114,000	—	
	自立訓練(生活訓練)事業所	114,000	—	
	就労移行支援事業所	114,000	—	
	就労継続支援(A型)事業所	114,000	—	
	就労継続支援(B型)事業所	114,000	—	
	就労選択支援事業所	114,000	—	
	児童発達支援事業所	114,000	—	
	放課後等デイサービス事業所	114,000	—	
入所系	障害者支援施設	—	13,700	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき、開設している入所系施設。 ※ 短期入所事業所における、空床利用型は対象外。
	共同生活援助事業所	—	13,700	
	短期入所事業所(空床利用型は対象外)	—	13,700	
	福祉型障害児入所施設	—	13,700	
	医療型障害児入所施設	—	13,700	
訪問系	居宅介護事業所	39,000	—	○ 障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。
	重度訪問介護事業所	39,000	—	
	同行援護事業所	39,000	—	
	行動援護事業所	39,000	—	
	就労定着支援事業所	39,000	—	
	自立生活援助事業所	39,000	—	
	居宅訪問型児童発達支援事業所	39,000	—	
	保育所等訪問支援事業所	39,000	—	
相談系	一般相談支援事業所	39,000	—	
	障害児相談支援事業所	39,000	—	
	特定相談支援事業所	39,000	—	

2-2 【別表3 介護サービス事業所等】【別表4 児童養護施設等】

別表3 (第2関係) 【介護サービス事業所等】

区分	サービス種別	単価 (円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
通所系	通所介護	136,000	-	○ 介護保険法の規定に基づき開設している通所系事業所。 ※ 介護予防サービス・総合事業は対象外。 ※ 保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。
	通所リハビリテーション (医療・施設みなしを除く一般指定のみ)	136,000	-	
	複合型サービス (看護小規模多機能型居宅介護)	136,000	-	
	地域密着型通所介護	136,000	-	
	認知症対応型通所介護	136,000	-	
	小規模多機能型居宅介護	136,000	-	
入所系	介護老人福祉施設	-	13,700	○ 介護保険法又は老人福祉法の規定に基づき開設している入所系施設。 ※ 介護予防サービスは対象外。 ※ 養護老人ホーム又は軽費老人ホームにおける、地域密着型特定施設入居者生活介護及び特定施設入居者生活介護は対象外。 ※ 短期入所系施設における、空床利用型は対象外。
	介護老人保健施設	-	13,700	
	介護医療院	-	13,700	
	短期入所生活介護 (空床利用型は対象外)	-	13,700	
	認知症対応型共同生活介護	-	13,700	
	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	-	13,700	
	地域密着型特定施設入居者生活介護 (養護・軽費を除く)	-	13,700	
	特定施設入居者生活介護 (養護・軽費を除く)	-	13,700	
	養護老人ホーム	-	13,700	
軽費老人ホーム	-	13,700		
訪問・相談系	居宅介護支援	39,000	-	○ 介護保険法の規定に基づき開設している訪問・相談系事業所。 ※ 介護予防サービス・総合事業は対象外。 ※ 保険医療機関のうち、介護保険法第71条の規定によるみなし指定を受けている事業所は対象外。
	福祉用具貸与・販売 (同一事業者の重複支給は不可)	39,000	-	
	訪問介護	39,000	-	
	訪問入浴介護	39,000	-	
	訪問看護ステーション (医療機関を除く。)	39,000	-	
	訪問リハビリテーション (医療・施設みなしを除く一般指定のみ)	39,000	-	
	夜間対応型訪問介護	39,000	-	
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	39,000	-	

別表4 (第2関係) 【児童養護施設等】

区分		単価 (円)		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
児童養護施設	-	-	13,700	○ 児童福祉法の規定に基づき設置している児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設。 ○ 困難な問題を抱える女性への支援に関する法律の規定に基づき設置している女性自立支援施設。 ○ 支援金の算定において、暫定定員を設定されている施設にあっては、暫定定員に基づき支援金を算定する。
乳児院	-	-	13,700	
児童心理治療施設	-	-	13,700	
女性自立支援施設	-	-	13,700	

2-3 【別表5 医療施設等】【別表6 施術所】【別表7 薬局】

別表5（第2関係）【医療施設】

区分		単価（円）		支給要件
		基礎支援金 （1施設あたり）	加算支援金 （1床あたり）	
医療施設	病院・有床診療所	230,000	21,300	○ 医療法の規定に基づき開設している病院又は診療所（企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の施設を除く。）のうち、保険医療機関の指定を受け、一般患者の受け入れを行っている医療施設。 ※ 休床中の病床は対象外。 ※ 全ての病床を休床している有床診療所は無床診療所の単価で算定。 ※ 同一施設で、内科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方のみ申請可能。
	(特別高圧を受電する医療機関への加算支援金) ※上記の医療施設のうち、特別高圧を受電する医療機関。	-	21,000	
	無床診療所（内科）	115,000	-	
	無床診療所（歯科）	115,000	-	
	助産所	115,000	-	○ 医療法の規定に基づき開設している助産所。

別表6（第2関係）【施術所】

区分		単価（円）		支給要件
		基礎支援金 （1施設あたり）	加算支援金 （1床あたり）	
施術所	按摩、鍼、灸、柔整	38,000	-	○ あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律又は柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所のうち、療養費の受領委任取扱いの指定を受けた施術所。 ※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一箇所のみ申請可能。

別表7（第2関係）【薬局】

区分		単価（円）		支給要件
		1事業所あたり	定員1名あたり	
薬局	-	38,000	-	○ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設の許可を受けている薬局のうち、健康保険法の規定に基づき保険薬局の指定を受けた施設。

3 支給対象者について

(1)本支援金は支援金の申請日において岩手県内に所在し、下記の分類に該当する事業者(法人・個人)の皆様が対象となります。

- 1 救護施設
- 2 障害福祉サービス事業所等
- 3 介護サービス事業所等
- 4 児童養護施設等
- 5 医療施設等
- 6 施術所
- 7 薬局

(2)支援金額は上記分類と区分、サービス種別等によって算出方法が異なります。

(3)分類、区分、サービス種別、支給単価等について詳しくはP4～P6の別表をご確認いただき、申請をお願いします。

4 受付期間

令和8年2月16日(月)～ **令和8年3月31日(火)**

※郵送の場合当日消印有効とします。

※受付締切間際に多くの申請が寄せられることが予想されます。

一度に多くの申請が寄せられると、審査にお時間をいただく可能性がありますので余裕をもって、お早めに申請いただくようご協力ください。

5 【別表8 申請に必要な書類】

下記書類に記入、または入力の上、事務局に申請(提出)してください。

ア	様式第1号 申請書兼請求書
イ	様式第2号 申請内訳書 ※様式第2号については業態ごとに異なります。申請する業態を確認の上、記入願います。 ・様式第2号-1 ・様式第2号-2 ・様式第2号-3 ・様式第2号-4
ウ	様式第3号 誓約書兼同意書
エ	様式第4号 委任状 ※委任状は申請者(法人名又は代表者)と振込口座名義が違う場合のみ提出が必要です。 ※申請者と振込口座名義が同一の場合、提出の必要はありません。
オ	振込口座の通帳の「表紙」と「見開き」のコピー ※口座名義確認のため、「表紙」だけではなく必ず「見開き」のコピーも提出願います。 ※1法人で複数の施設や事業所を運営している場合、複数の施設や事業所を一度に申請する事が可能ですが、「分類」が異なる場合は申請を分けてください。 ※分類についてはP4～P6の別表をご確認ください。

6 申請方法について

本申請は【オンライン】【郵送】の2つの方法で申請が可能です。

申請方法について補足事項

ア 書類の受理から審査、支給までは「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度を要します。早めの支給を希望される場合は「オンライン申請」を推奨いたします。

イ 書類の到着状況、審査状況、支給時期に関するお問い合わせはご遠慮ください。

ア オンライン申請

特設ウェブサイト内の申請フォームより申請をお願いします。

特設ウェブサイトアドレス <https://syakaihukusi-iryoushien.pref.iwate.jp>

「オンライン申請手順」

- ①申請特設ウェブサイトアクセス → ②申請フォームに必要事項を入力
→ ③提出書類を添付 → ④入力終了・申請

特設サイト二次元コード



イ 郵送での申請

※申請書類(様式第1号～第4号)を特設ウェブサイトよりダウンロードし記入。

必要書類を同封して下記宛先まで郵送願います。

〒020-8779 岩手県盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局 宛

「郵送での申請手順」

- ①申請特設ウェブサイトアクセス → ②申請書類をダウンロードし出力
→ ③申請書類に必要事項を記載 → ④提出書類を添付 → ⑤投函・申請

・書類をコピーする場合は【A4】サイズでお願いします。

・不足書類を追加郵送する場合には、送信封筒に「不足書類追加」等と明記し、申請法人名(申請個人名)、住所、電話番号、法人の場合は担当者名に加え、不足書類の提出を依頼した事務局の担当者名がわかる場合は、その担当者名を明記して郵送願います。

7 審査・支援金の支給について

- ・申請書類到着後、申請受理書を発送します。その後、事務局・岩手県において申請内容を審査し支給対象と認められる場合には岩手県から支給決定通知を送付。指定された口座へ支援金を振込みます。
- ・申請受理書発送から支給までは「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度の時間を要します。
- ・申請に不備が認められた場合は上記以上の時間を必要とする可能性があります。
- ・書類の到着状況、審査状況、支給時期に関する問い合わせはご遠慮ください。

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金に関するお問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

岩手県盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階

MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL : 019-601-6471

受付時間…平日9:00~17:00

特設サイトはコチラ

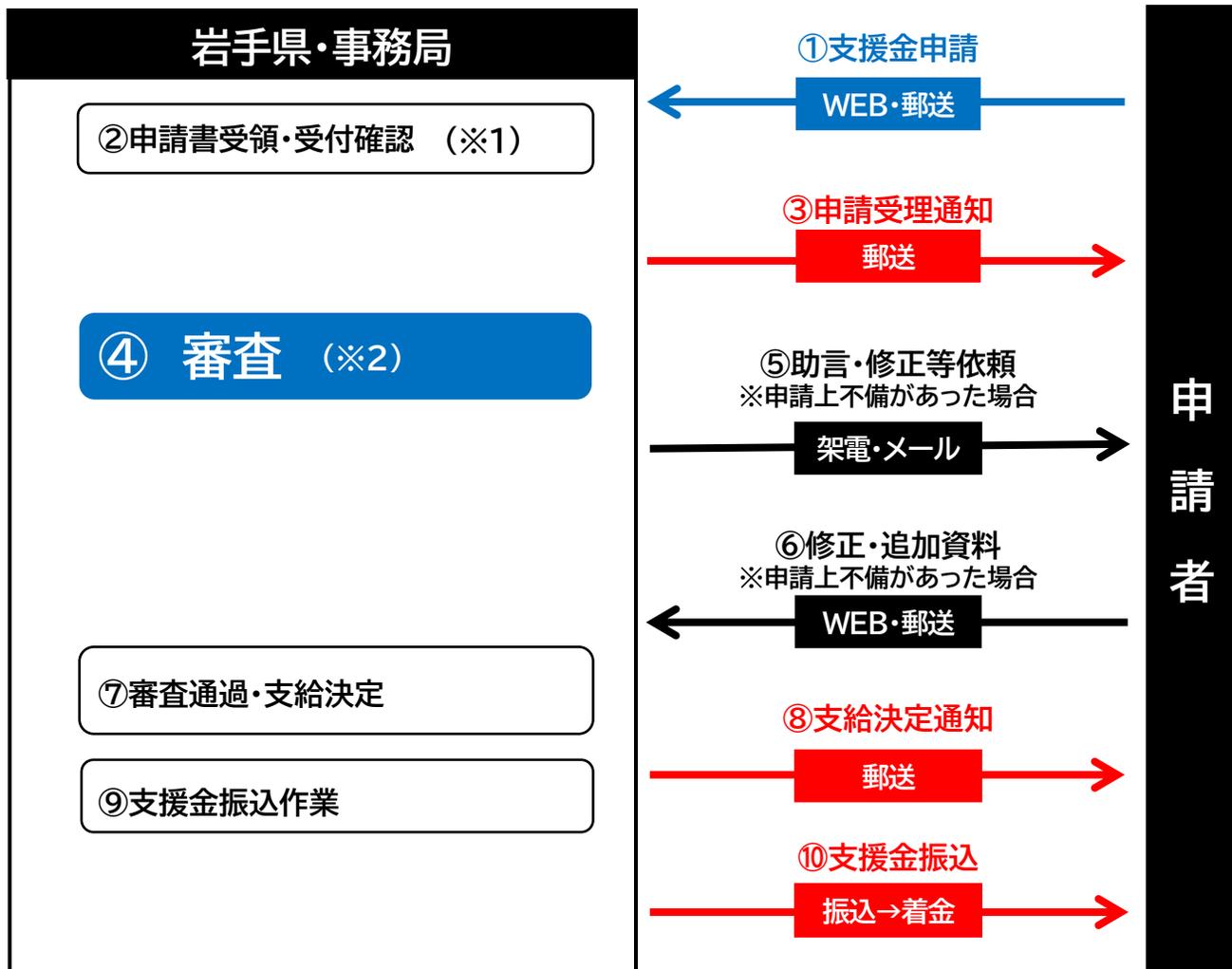


- ・受付時間外、土日祝日のお問い合わせはご遠慮ください。
- ・多くの個人情報を扱うため、事務局に訪問しての相談はご遠慮いただいております。

8 支援金支給までのフロー

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の申請から着金までの流れは、以下の通りとなります。支援金の支給までには最短で【オンライン申請の場合】4週間程度、【郵送での申請の場合】は5週間程度お時間をいただきます。予めご了承ください。

支援金支給までのフロー



支援金支給までに行う確認・審査の概要

(※1) 受付確認

書類が全部そろっているか、申請要件を満たしているかなど、申請における事務的な書類確認を行います。

(※2) 申請内容審査

支援金を支給するための申請書類の詳細な審査を行います。

- ア・申請要件を満たしているか
- イ・申請されている書類に不備はないか
- ウ・申請されている金額は正しいか
- エ・支援金の振込先となる口座名義に誤りはないか

補足事項

- ア 申請に不備等がある場合は、事務局よりご連絡し、確認をさせていただく場合があります。
- イ 申請に不備等がある場合、支援金の支給が遅くなる場合があります。
- ウ 審査において要件を満たせない場合や虚偽申請事業者と判断された場合、加えて支援金支給の対象外の事業者と判断された事業者(例:暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律の規定に抵触しているなど)に対しては「不支給通知書」を発送し、支援金の振込みは行いません。

9 オンライン申請 システム入力例

申請をはじめる前に

申請には「振込先口座の通帳の表紙と見開き」の添付用画像が必要です。
必ずご準備いただいてから下記の要領で申請をお願いします。

(1) 申請フォームへ移動

特設サイト二次元コード



① 特設ウェブサイトへ移動

特設ウェブサイトアドレス

<https://syakaihukusi-iryoushien.pref.iwate.jp>

The screenshot shows the homepage for the application. At the top, it says '岩手県' (Iwate Prefecture) and '令和7年度 社会福祉施設及び医療施設等 物価高騰緊急対策支援金' (FY2025 Social Welfare and Medical Facilities etc. High Inflation Emergency Countermeasure Support Grant). Below that, it states '社会福祉施設及び医療施設等を対象に支援金(令和7年度)を支給します / 令和8年2月16日(月)より申請受付開始!' (We will provide support grants for social welfare and medical facilities etc. (FY2025) / Application accepted from Monday, February 16, 2026!). There is a contact number '019-601-6471' and a '更新情報' (Update Information) section with the date '2026/02/04' and the text 'ホームページオープンしました。' (Homepage is open). There is also a '概要' (Overview) section.

② 下にスクロールし「WEB申請はこちら」ボタンをクリック

The screenshot shows a flowchart titled '申請方法について' (About the application method). It compares two methods: 'ホームページから' (From homepage) and '書類で' (By mail). The 'ホームページから' path includes steps: '申請特設ページにアクセス' (Access application special page), '申請フォームに必要事項を入力' (Enter required information in application form), '提出書類を添付' (Attach application documents), '入力終了・申請' (End input/application), and '申請完了' (Application completed). The '書類で' path includes steps: '所定の申請用紙に必要事項を記入' (Fill in required information on application form), '提出書類を同封の上郵送' (Mail application documents together), and '申請完了' (Application completed). A red box highlights the 'WEB申請はこちら' (Click here for WEB application) button. Below the flowchart, there is a note: '※申請終了後、不正な申請や営業実態の調査のため、一部の事業者を対象に調査を実施する場合がありますので、本給付金の申請に使用した必要書類や申請様式については、必ずコピーや写しをとり、2032年3月31日まで保管いただくようお願いします。' (After application completion, for the purpose of investigating irregular applications and business status, we may conduct investigations for some businesses, so please keep necessary application documents and forms for at least until March 31, 2032.)

③申請フォームへ移動

こちらの環境はサンドボックス環境です

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金

サンドボックス

メニュー ▾

【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金

入力の状況

0%

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金の「【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金」のオンライン申請ページです。

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金公式ページとして株式会社グラファァーが運営しています。

(2) アカウントの作成

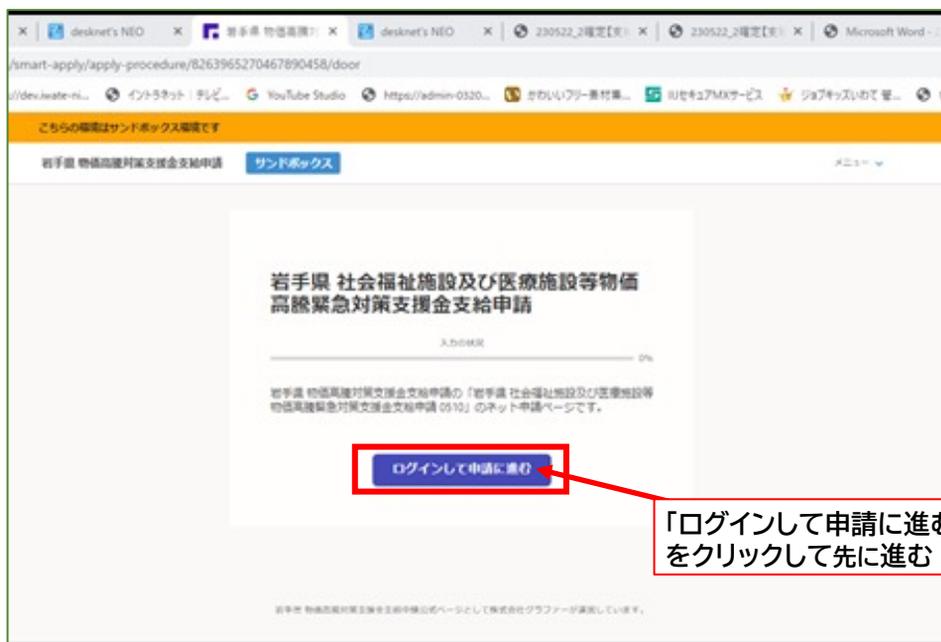
【アカウント作成のメリット】

アカウントを作成いただくと、申請の一時保存ができるようになります。

※申請事項は複数ページに及びます。アカウント登録をすると申請途中で一時保存が可能です。

アカウントを作成しての申請を推奨します。

① 申請フォームトップページ下部にある「ログインして申請に進む」をクリック



② ログイン画面

Graffer
スマート申請

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みの上、同意してログインしてください。

Googleでログイン

LINEでログイン

メールアドレスでログイン

[ログイン方法について教えてください](#)

GiPIDでログインする

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

既存のアカウントに連動させると以降のやり取りが申請アドレスではなく既存アカウントへの返信となります。
これまでの事業で既存アカウント使用によるエラーが多かったため、事務局としては新規アカウント登録を推奨します。

「新規アカウント登録」をクリックして先に進む

③ アカウント登録画面

LINEで登録

[外部サービスでの登録とは?](#)

情報を入力して登録

本ページの項目を入力し、アカウント登録に進みます。

姓

名

メールアドレス

パスワード

8文字以上50文字以内で入力してください、半角英数字と記号を使用可能です

パスワードを表示

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みの上、同意して登録ください。

Grafferアカウントに登録

必要事項をすべて入力してください

「Grafferアカウントに登録」をクリックして先に進む

仮登録
完了画面へ移動

Graffer
スマート申請

アカウントの仮登録完了

✓ アカウントの仮登録が完了しました。

本登録用のメールを送信しましたので、アカウントの本登録をお願いします。

メールが届かない場合、以下の2点をご確認ください

- ・迷惑メールフォルダに届いている
- ・入力されたメールアドレスに誤りがある

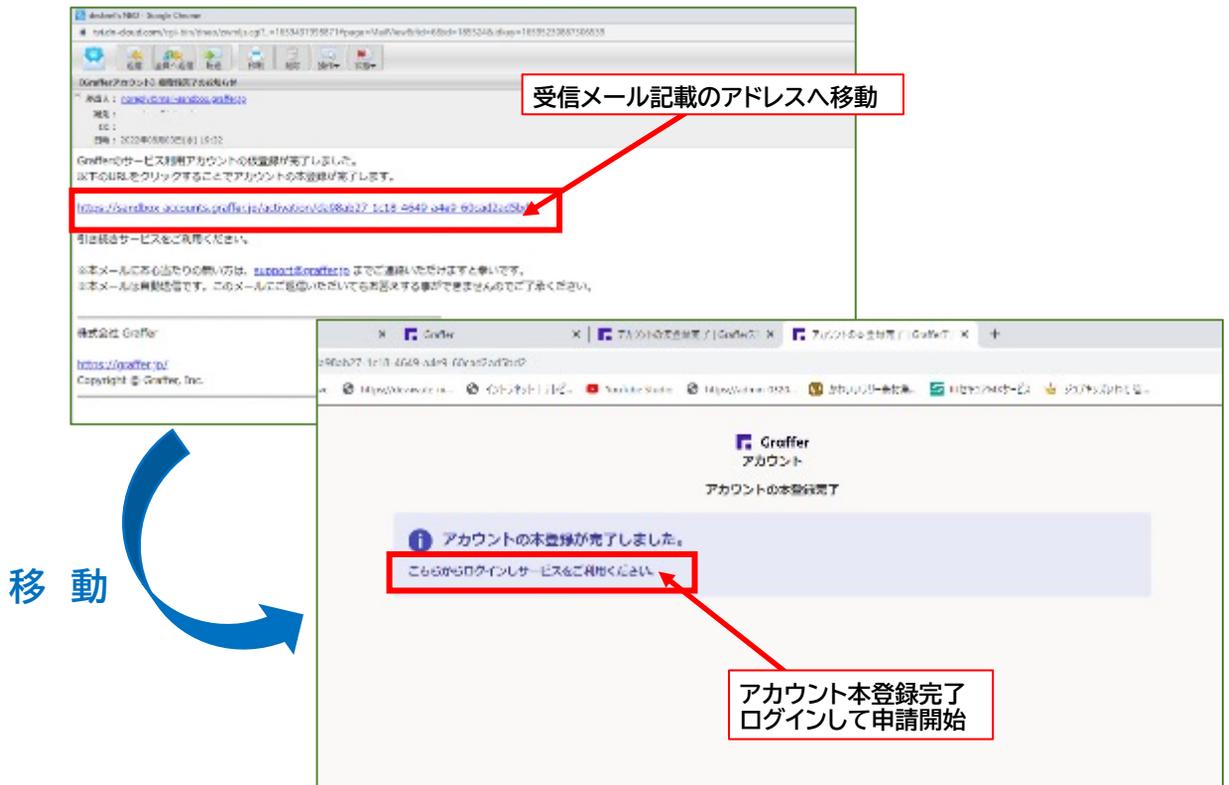
※PCメールの受信拒否設定がされている場合、「@mail.graffer.jp」を受信できるように設定いただきますようお願いいたします。

※本登録用のメールが届かない場合、お手数ですが、再度ご登録操作をお願いいたします。

[ログイン画面に戻る](#)

この画面が表示されたら仮登録完了です。
アカウント登録時に記載したアドレスの受信メールをご確認ください。

④ 本登録用メール



アカウントを登録する事によって、申請途中で確認が必要になったりWEBサイトを閲覧しようとして一度申請画面を閉じたい場合に「一時保存」が可能になります。

⑤ ログインして申請フォームへ進みます。



(3) オンライン申請手順

① 同意画面

こちらの環境はサンドボックス環境です

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金 **サンドボックス** ユーザー名未設定

【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金

入力状況 0%

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金の「【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金」のオンライン申請ページです。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する 必須

申請に進む

利用規約を読んだ上で
同意欄にチェック



こちらの環境はサンドボックス環境です

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金 **サンドボックス** ユーザー名未設定

【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金

入力状況 0%

社会福祉施設及び医療施設等緊急対策支援金の「【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金」のオンライン申請ページです。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する 必須

申請に進む

同意欄にチェックすると
ボタンが表示されます
クリックして申請に進んでください

② 申請者の情報

本フォームに入力する際の注意点

ア 法人の場合、確定申告書類や履歴事項全部証明書に記載のある所在地・法人名・代表者氏名を入力し
個人事業主の場合は、確定申告書類に記載のある屋号及び本人確認書類に記載のある住所・代表者氏名を入力してください。

【0204デモ】岩手県 社会福祉施設及び医療施設 申請者情報入力画面

入力の状態

入カフォーム

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 申請の概要等の確認に戻る

申請者の種別 必須

個人

法人

法人を検索して自動入力する

法人名 必須

岩手県 ✓

法人名 (カナ) 必須

イワテケン ✓

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

0208778 ✓

郵便番号から住所を入力

住所取得に失敗しました。郵便番号が正しくない可能性があります。

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

法人所在地 必須

盛岡市 ✓

「個人」または「法人」のいずれが該当する方を選択してください

申請者情報を記入してください。
※漏れが無いように入力をしてください。

選択をすると該当する入力フォームが表示

入力後、
「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

入カフォーム

代表者の職 必須

代表 ✓

代表者の職 (カナ) 必須

全角カタカナ

ダイヒョウ ✓

代表者氏名 必須

岩手太郎 ✓

代表者氏名 (カナ) 必須

全角カタカナ

イワテタロウ ✓

担当者の職 必須

総務部長 ✓

担当者の職 (フリガナ) 必須

ソウムブチョウ ✓

担当者氏名 必須

盛岡太郎 ✓

担当者氏名 (フリガナ) 必須

モリオカタロウ ✓

担当者TEL 必須

日中事務局と連絡が取れる電話番号を、ハイフンなしで半角数字で入力ください

0000000000 ✓

FAX 任意

ハイフンなしで半角数字で入力ください

担当者E-mail 必須

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

申請者情報を記入してください。
※漏れが無いように入力をしてください。

平日昼間に事務局と
連絡が取れる電話番号を
記載してください

入力後、
「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

③ 支援金の振込先口座情報

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本様式に記載する「申請者の名義」と下部に記載する「口座名義」が違う場合、別途「様式第4号 委任状」の提出が必須となります。
- イ 「様式4号 委任状」はオンラインでの提出は出来ません。特設サイトからダウンロードの上、記載いただき事務局まで郵送をお願いします。※様式4号 委任状については P37 を参照。
- ウ 振込先口座情報は「正確に」記載をお願いします。下記について必ず提出前にご確認ください。
 - Q 振込先の銀行情報や普通・当座の記載に間違いはないか？
 - Q 口座名義に間違いはないか？(通帳見開きの口座名と一致しているか?)

支援金の振込先口座情報

金融機関名 必須

岩手銀行

金融機関コード 必須

半角数字4桁(岩手銀行0123、東北銀行0124、北日本銀行0509、盛岡県用金庫1150、ゆうちょ銀行9900です)

0123

本・支店名 必須

ゆうちょ銀行は漢字で入力ください。

本社

支店コード 必須

半角数字3桁(ゆうちょの場合は記号の左から2~3桁目の数字+8を記載)

001

口座種別 必須

普通

当座

口座番号 必須

半角数字7~8桁(6桁の場合は最初に0を追加して入力ください)

00000000

義(カナ名義) 必須

(法人名又は代表者)と振込口座名義が違う場合、様式第4号委任状の提出が必要とな(原本添付)

東武

通帳コピー(表紙) 必須

「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人(カナ)」が読み取れるものを提出してください(スマホの画像でも可)

アップロードアイコン ファイルを選択...

添付テスト.pdf 削除

通帳コピー(見開き) 必須

「金融機関名」「支店名」「口座種別」「口座番号」「口座名義人(カナ)」が読み取れるものを提出してください(スマホの画像でも可)

アップロードアイコン ファイルを選択...

添付テスト.pdf 削除

振込先口座情報を記入してください。
※漏れが無いように入力をしてください。

金融機関コードが不明な場合
各金融機関のHPに
記載がありますのでご確認ください

振込口座通帳の表面を添付してください。
画像かPDFで添付してください。
(スマホの撮影画像も可)

振込口座通帳の表面を開いた直後のページを
見開きで添付してください。
画像かPDFで添付してください。
(スマホの撮影画像も可)

一時保存して、次へ進む

入力後、「一時保存して、次へ進む」
をクリックしてください。

< 戻る

③ 必要書類の添付

(1) 添付書類 1

振込先口座の通帳の**表紙**と**見開き**の画像を添付してください。

添付する際の注意点

ア 通帳のコピーは、必ず通帳の「表紙面」と「見開き面」をどちらも添付してください。

イ 添付画像が不足している場合は審査を進めることができません。提出前に必ず内容をご確認ください。

添付① 振込先口座の通帳の**表紙**



添付② 振込先口座の通帳の**見開き**



【普通銀行当座口座の場合】

通帳がない場合は、当座勘定照合表等の口座情報が確認できる画像を添付してください。

※銀行取引にかかる日付、支払額、入金額、摘要、残高等の情報は黒塗りしてください。

【インターネット専門銀行の場合】

振込先情報(口座情報)が確認できる画面を、スクリーンショットなどの機能を使用して画像として添付してください。

(2) 添付書類 2

その他知事が必要と認める書類

注意点

ア 審査・支給のために、手続き上、追加書類を事務局から提出依頼させていただく場合があります。

イ 追加書類は[様式4号 委任状]を除き、事務局あてにメールでの提出も可能です。

ウ 追加で提出を依頼した書類が期日までに事務局に郵送されない場合、審査を進めることができず「不支給」とさせていただく場合があります。

分類 1 救護施設 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 1 救護施設に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

入力フォーム

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類 1 救護施設 を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

分類 2 障害福祉サービス事業所等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 2 障害福祉サービス事業所等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

入力フォーム

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類 2 障害福祉サービス事業所等 を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP4に掲載している別表2【障害福祉サービス事業所等】をご確認ください。

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

分類 3 介護サービス事業所等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 3 介護サービス事業所等に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

入力フォーム

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類 3 介護サービス事業所等 を選択

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類: 3 介護サービス事業所等

施設①: サービス種別 (分類3_介護サービス事業所等) ※

【通所系】 通所介護

施設①: 事業所名・名称 ※
※重複申請のないようご注意ください

岩手センター

施設①: 事業所番号 ※
半角英数字で入力ください

1234567

施設①: 所在地 ※

岩手県盛岡市神明町5-5

施設①: 事業所数 ※
1を入力ください。

1

施設②: サービス種別 (分類3_介護サービス事業所等) ※

【訪問・相談系】 福祉用具貸与・販売 (同一事業者の重複支給は不可)

施設②: 事業所名・名称 ※
※重複申請のないようご注意ください

森のセンター

施設②: 事業所番号 ※
半角英数字で入力ください

1234567

施設②: 所在地 ※

岩手県盛岡駅前通10-100

施設②: 事業所数 ※
1を入力ください。

1

区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP5に掲載している別表3【介護サービス事業所等】をご確認ください。

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

- ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
- イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

分類 4 児童養護施設等 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 4 児童養護施設等に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
- イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
- ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
 - ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
 - ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類 4 児童養護施設等 を選択

申請分類をまとめて申請することはできません。5施設以上申請する場合は、分類ごとに分けて申請してください。6施設以上申請を終えた後、申請完了・アンケート画面から「申請内容はこちら(申請詳細)」申請を元に新規申請より追加申請ください。※メール認証で申請の方は【この申請】はご利用いただけません ※重複申請のないようご注意ください

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

4 児童養護施設等

施設①：事業所名・名称 必須

※重複申請のないようご注意ください

岩手病院

施設①：所在地 必須

岩手県盛岡市神明町5-5

施設①：定員数・病床数(休床除く) 必須

※社会福祉施設の児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を設定してください

1

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。

※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

施設②：事業所名・名称 任意

※重複申請のないようご注意ください

森の病院

施設②：所在地 任意

岩手県盛岡駅前通10-100

施設②：定員数・病床数(休床除く) 任意

※社会福祉施設の児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を設定してください

1

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力

イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

戻る

分類 5 医療施設 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本フォームは分類 5 医療施設 に該当する皆様に入力いただくフォームです。
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請事業所情報（1申請 最大5施設入力可）

申請分類 5 医療施設 を選択

※1~7の分類をまとめて申請することはできません

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

区分・サービス種別によって支援金額の算出方法が異なります。詳しくはP6に掲載している別表5【医療施設】をご確認ください。

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

基準日(申請日)に稼働のある病棟(有床診療所の場合は施設全体)の病床数の合計を記入。

<計算例>
A病棟 50床(38床稼働)/
B病棟 50床(24床稼働)/
C病棟 50床(休棟中)
→ 100床として記入・申請

※病床機能報告と同様の算定方法となります。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

分類 6 施術所 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 6 施術所 に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請事業所情報（1申請 最大5施設入力可）

申請分類 6 施術所 を選択

※1~7の分類をまとめて申請することはできません。併せて申請している場合、分類ごとに分けて申請ください。6施設以上申請を終えた後、申請完了・アンケート画面から「申請内容はこちら(申請詳細)」より追加申請ください。※メール認証で申請の方は【新規申請】より追加申請ください。※メール認証で申請の方は【新規申請】はご利用いただけません。※重複申請のないようご注意ください

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

6 施術所

療養費の受領委任を行っていない施術所は支給対象外です 必須

確認しました

施設①：事業所名・名称 必須
※重複申請のないようご注意ください

岩手病院

施設①：所在地 必須

岩手県盛岡市神明町5-5

施設①：事業所数 必須
1を入力ください。

1

施設②：事業所名・名称 任意
※重複申請のないようご注意ください

森の病院

施設②：所在地 任意

岩手県盛岡駅前通10-100

施設②：事業所数 任意
1を入力ください。

1

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。
※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

- ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
- イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

分類 7 薬局 用

本フォームを入力する際の注意点

- ア **本フォームは分類 7 薬局 に該当する皆様に入力いただくフォームです。**
 - イ 同じ法人で他の申請分類の施設・事業所をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。本フォームで他の申請分類を同時に申請することはできません。
 - ウ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請をお願いします。
- ※ 最初に入力した情報が保存されていますので、本フォーム「申請事業所情報」のみ入力いただければ申請が行えます。
- ※ 本フォームに入力された情報も保存されていますので、二重申請とならないよう、必ず最初の申請で入力した情報を削除してから入力をお願いします。

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

申請分類 7 薬局 を選択

～7の分類をまとめて申請することはできません。

選択した申請分類に該当する入力フォームが表示されますので入力をお願いします。
※漏れが無いように入力してください。

申請を終えた後、申請完了・アンケート画面から「申請内容はこちら(申請詳細)申請を元に新規申請」より追加申請ください。※メール認証で申請の方は「この申請を元に新規申請」はご利用いただけません ※重複申請のないようご注意ください

7 薬局

施設①：事業所名・名称 必須

※重複申請のないようご注意ください

岩手病院

施設①：所在地 必須

岩手県盛岡市神明町5-5

施設①：事業所数 必須

1を入力ください。

1

施設②：事業所名・名称 任意

※重複申請のないようご注意ください

森の病院

施設②：所在地 任意

岩手県盛岡駅前通10-100

施設②：事業所数 任意

1を入力ください。

1

所在地は「都道府県名」から入力をお願いします。

複数の事業所を有する場合は施設②に入力をお願いします。

※事業所が一つの場合は入力の必要はありません。

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリックすると続けて施設③～施設⑤の入力フォームが表示されます。

- ア 3つ以上の事業所をお持ちの場合は次ページのフォームに入力
- イ お持ちでない場合は、何も入力せずに「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

→ 本マニュアルの P27 へ移動

一時保存して、次へ進む

< 戻る

⑤ 申請事業所情報【確認事項欄】

すべての分類共通

本フォームを入力する際の注意点

- ア 本チェックボックスはすべての分類に共通です。
- イ 同じ分類の施設・事業所であれば、一度の申請で「5つ」まで同時に申請する事が可能です。申請事業所数が6つ以上になる場合は、別途申請となります。
- ウ 本システムでは皆様が別途申請した際に、基本情報の入力作業を簡略化できるように、システム内に「最初の申請情報が一時保存」されるようになっています。
- エ 本チェックボックスは「6施設以上申請する際の方法」と「注意事項」について明記しておりますので必ずご一読の上で、チェックをお願いします。
- オ 記載している内容は下記となります。

確認事項

1度に申請入力いただけるのは最大5施設となります。6施設以上申請の場合は、最初のマイページへ戻り『この申請を元に新規申請』から追加申請をお願いします。尚、前回の入力内容が残っておりますので、消し忘れの重複申請にご注意願います。

施設⑤：事業所名・名称 任意

※重複申請のないようご注意ください

施設⑤：所在地 任意

施設⑤：事業所数 任意

1を入力ください。

確認事項 必須

1度に申請入力いただけるのは最大5施設となります。6施設以上申請の場合は本申請を終えた後、申請完了・アンケート画面から「申請内容はこちら(申請詳細)」へ進み、「この申請を元に新規申請」より追加申請ください。尚、前回の入力内容が残っておりますので、消し忘れの重複申請にご注意願います。

確認しました

一時保存して、次へ進む

入力後、「一時保存して、次へ進む」をクリック

⑥ 誓約書 兼 同意書

誓約書 兼 同意書に関する注意点

ア 本フォームの確認欄にすべてチェックされていない場合審査の対象となりません。
支給を希望される方は、必ず内容を確認の上、すべての確認欄にチェックしてください。

入力フォーム

誓約書 兼 同意書

誓約項目1 詳細
本で返書の交付対象者の条件を満たしていること。

確認しました

誓約項目2 詳細
本で返書の交付申請は、別件別（返還金等）に提出した本で返書の関係書類、及び随時その他の提出書類等に記載の事項に正確なものであること。

確認しました

誓約項目3 詳細
本で返書を返却して申請しないこと。

確認しました

誓約項目4 詳細
申請内容に事実を記載しており、訂正請求事項を併記して実施する意思のあること。

確認しました

誓約項目5 詳細
暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と関係が濃厚な者ではなく、当該事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関係していないこと。かつ、結果にわたって本団に利益しないこと。 ※別件別暴力団関係書類に記載するものをいう

確認しました

同意項目1 詳細
別件別から申請書類の内容に於いて種別や返金の求めがあった場合は、これに同意すること。

確認しました

同意項目2 詳細
以下の場合には速やかに申請の取り下げ、返還金の返還に同意すること。 ①正確な申請が提供しなかった場合 ②届いた申請と納付がされていた事が判明した場合 ③誓約事項が履行されなかった場合

確認しました

同意項目3 詳細
個人情報取り扱いに関して、返還金の納付申請時に必要は範囲で提供事項の承認者と共有すること。

確認しました

同意項目4 詳細
本で返書によって収集した個人情報は社会福祉施設及び医療施設等の支援や管理の目的で別件別が実施する事があること。

確認しました

確認項目1 詳細
申請に必要な内容を確認、記載しました。

確認しました

確認項目2 詳細
随時の返書、口頭許可及び代表人（ホウメイ）が確認できる留影の写しを添付しました。

確認しました

確認項目3 詳細
申請者と当該口頭の承認者を確認しました。また、確認の上で、申請書を郵送にて送付しました。

確認しました

誓約事項の内容をお読みいただき
全ての「確認しました」にチェックをお願いします。
一つでもチェックがない場合は審査の対象となりません。

全ての項目にチェックが終わったら
「一時保存して、次へ進む」をクリックしてください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

⑦ 申請額 兼 請求額の確認

入力フォーム

申請額 兼 請求額

7 薬局 自動計算

単位：円 1事業所あたり15,000円（※自動計算のため入力操作は不要です）

30,000

再) 確認事項 必須

1度に申請入力いただけるのは最大5施設となります。6施設以上申請の場合は、本申請を終えた後、トップページへ戻り『この申請を元に新規申請』から追加申請をお願いいたします。尚、前回の入力内容が残っておりますので、消し忘れの重複申請にご注意願います。

確認しました

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

一時保存して、次へ進む

< 戻る

こちらに記載されている金額が
支援金の申請額 兼 請求額となります

金額を確認したら
「一時保存して、次へ進む」をクリック

⑨ 申請内容の確認

申請内容の確認

申請者の情報

- 申請者の種類 必須
- 法人 編集
- 法人名 必須
- 法人名(カナ) 必須
- 法人所在地 必須
- 郵便番号 必須
- 代表者の職 必須
- 代表者氏名 必須
- 代表者氏名(カナ) 必須
- 代表者職 必須
- 代表者氏名(カナ) 必須
- 代表者職 必須
- 代表者TEL 必須
- FAX 必須
- 代表者E-mail 必須

支援金の振込先口座情報

- 金融機関名 必須
- 金融機関コード 必須
- 支店名 必須
- 支店コード 必須
- 口座種別 必須
- 口座番号 必須
- 口座名義(カナ名義) 必須
- 連携コピー(概算) 必須
- 連携コピー(見積書) 必須

これまでフォームに入力した内容が
全て表示されます。
漏れ、誤りがないか
再度ご自身でご確認ください。

申請事業所情報 (1申請 最大5施設入力可)

- 申請分類(※1-7の分類をまとめて申請することはできません) 必須
- 7 薬局 編集
- 施設1: 事業所名・名称 必須
- 向子病院 編集
- 施設2: 所在地 必須
- 福岡県東区一丁目-6 編集
- 施設3: 事業所数 必須
- 1 編集
- 施設4: 事業所名・名称 必須
- 向子病院 編集
- 施設5: 所在地 必須
- 福岡県東区南港10-10 編集
- 施設6: 事業所数 必須
- 1 編集
- 施設7: 事業所名・名称 必須
- 向子病院 編集
- 施設8: 所在地 必須
- 福岡県東区南港10-10 編集
- 施設9: 事業所数 必須
- 1 編集
- 確認事項 必須
- 確認しました 編集

誓約書 兼 同意書

- 誓約書1 必須
- 確認しました 編集
- 誓約書2 必須
- 確認しました 編集
- 誓約書3 必須
- 確認しました 編集
- 誓約書4 必須
- 確認しました 編集
- 誓約書5 必須
- 確認しました 編集
- 同意書1 必須
- 確認しました 編集
- 同意書2 必須
- 確認しました 編集
- 同意書3 必須
- 確認しました 編集
- 同意書4 必須
- 確認しました 編集
- 確認事項1 必須
- 確認しました 編集
- 確認事項2 必須
- 確認しました 編集
- 確認事項3 必須
- 確認しました 編集

申請額 兼 請求額

- 7 薬局 自動計算
- 30000
- 再) 確認事項 必須
- 確認しました 編集

この内容で申請する

申請内容に誤りが無ければ
「この内容で申請する」をクリック
→ 申請完了

⑧ 申請受け付けのお知らせメール到着

ア 本メールは下記のアドレスから自動送信します。受け取りが出来るよう受信設定をお願いします。
メール配信アドレス noreply@mail.graffer.jp

イ Google、LINEを活用して登録、ログインをされた方は「Google」、「LINE」に登録しているアドレスにお知らせメールが送信されます。

ウ 本メールへの返信は出来ません。事務局とメールにて連絡を取りたい場合は下記アドレスまでお願いします。

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局アドレス
MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

↓ お知らせメール(イメージ)



noreply@mail.graffer.jp

To 自分 ▾

「岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金」の申請を受け付けいたしました。
申請内容を確認後、順次処理を行いますので今しばらくお待ちください。

※申請終了後、不正な申請や営業実態の調査のため、一部の事業者を対象に調査を実施する場合がありますので、
本給付金の申請に使用した必要書類や申請内容については、必ずコピーや写しをとり、2032年3月31日まで保管いただくをお願いします。

■ 申請の種類
岩手県 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金

■ 申請日時
2020-05-25 12:35:52

申請の詳細は、以下のURLからご確認いただけます。
<https://tzk.graffer.jp/smart-apply/applications/000000000000000000>

■ 事務局情報
・ 事務局名：社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局
・ 所在地：〒020-8779 岩手県盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階
・ 電話番号：019-601-6471
・ 営業時間：9:00～17:00（平日のみ）
・ メールアドレス：info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

※ 本メールは送信専用アドレスからお送りしています。ご返信いただいても受信できかねます。
※ 本オンライン申請サービスは、株式会社グラファーが社会福祉・医療施設等物価高騰対策支援金公式サービスとして運営しています。
※ ご不明点やご質問は、社会福祉・医療施設等物価高騰対策支援金で受け付けています。社会福祉・医療施設等物価高騰対策支援金まで直接お問い合わせください。

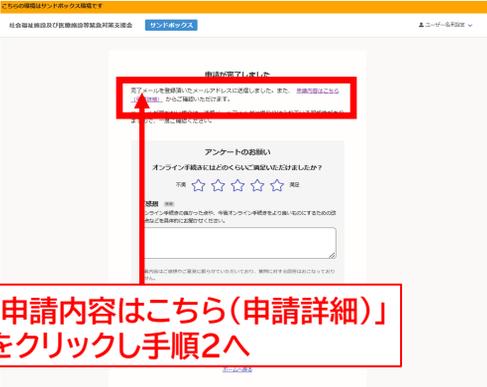
▼ 送信者に関する情報
株式会社グラファー
Copyright © Graffer, Inc.

⑨ 申請内容の保管

ア 申請した内容は申請完了・アンケート画面「申請内容はこちら(申請詳細)」もしくは、返信メールに記載されているURLから閲覧が可能です。

イ 申請した内容はプリントアウトし、【令和14年(2032年)3月31日】まで必ず保管をお願いします。

保管手順1



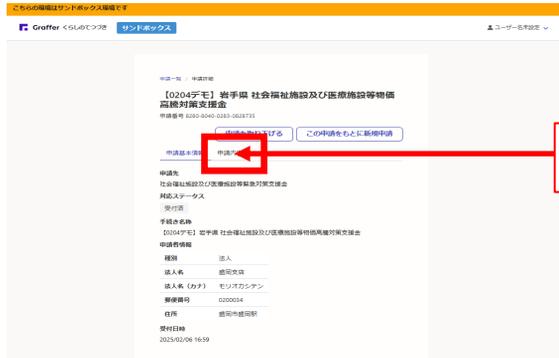
「申請内容はこちら(申請詳細)」をクリックし手順2へ

保管手順1



メール本文内に記載されているURLをクリックし手順2へ

保管手順2



詳細を確認するには【申請内容】をクリックし手順3へ

保管手順3



本ページの【申請内容】をプリントアウトし必ず保管をお願いします。

参考 様式1号記入例

様式1号を記載する際の注意点

- ① 法人の場合、確定申告書類や履歴事項全部証明書に記載のある所在地・法人名・代表者氏名を記入し、個人事業主の場合は、確定申告書類に記載のある屋号及び本人確認書類に記載のある住所・代表者氏名をご記入ください。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、分類ごとに申請を行ってください。複数の分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。
- ③ 本様式に記載する「申請者の名義」と下部に記載する「口座名義」が違う場合、別途「様式第4号 委任状」の提出が必須となります。

(様式1号)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和7年度)
支給申請書兼請求書

令和 8 年 2 月 16 日

岩手県知事 達増拓也 様

申請者所在地 (法人の場合は法人所在地)	〒 020-0000 岩手県 盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階
フリガナ	トクテイリリョウホウジン イワテケンカイ
法人名 (個人事業主の場合は屋号)	特定医療法人 岩手県会
フリガナ	リョウシヨウ
代表者の職	理事長
フリガナ	イワテ タロウ
代表者氏名	岩手 太郎
※個人事業主の場合は氏名のみ記載願います。	
事業者種別 (該当種別をチェックしてください)	法人 <input checked="" type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/>
フリガナ	ソウムブチョウ
フリガナ	イワテ ケンイチ
当者の職	総務部長
担当者氏名	岩手 県一
当者TEL	※日中事務局と連絡が取れる電話番号 019-000-0000
FAX	019-000-0000
担当者E-mail	info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

申請日(記載日)を記載

申請者情報記入 ※漏れなく記入してください

個人で申請の場合 屋号を記載

平日昼間に 事務局と連絡が 取れる番号を記載

該当する 申請分類をチェック 複数の申請分類を有する場合、申請分類ごとに申請願います。 ※一度の申請で複数分類を同時に申請することはできません。

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金の支給を受けたいので、本書面に関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

- 1 申請分類 本申請において該当する支給要領別表1~7の分類をチェックしてください。
※ 下記の1~7の分類をまとめて(複数)申請することはできません。
※ 複数の分類を運営している場合、分類ごとに分けて申請願います。
※ 分類ごとに詳細は別表を参照ください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 救護施設 | <input type="checkbox"/> 2 障害福祉サービス事業所等 |
| <input type="checkbox"/> 3 介護サービス事業所等 | <input type="checkbox"/> 4 児童養護施設等 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 5 医療施設 | <input type="checkbox"/> 6 施術所 |
| <input type="checkbox"/> 7 薬局 | |

- 2 申請額兼請求額

115,000 円

申請額は、本マニュアルのP4~P6に記載の別表を参考に算出をお願いします。

- 3 支援金の振込先口座情報

(申請書のほか、通帳の表紙及び通帳を開いた1・2ページ目の写しを添付してください。)

※ 口座名義は通帳の見開きに記載があるカナ名義の表記となります。

※ 申請者(法人代表者)と振込口座名義が違う場合、様式第4号委任状の提出が必要となります。

金融機関名	岩手銀行	金融機関コード	123
本・支店名	本店	支店コード	1
口座種別	普通 <input checked="" type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/>	口座番号	0 0 0 0 0 0 0 0
口座名義 (カナ名義)	※ 通帳の見開きに記載があるカナ名義をご記入ください。 イ)イワテケンカイ		

金融機関コードが不明な場合 各金融機関のHPに記載がありますのでご確認ください。

振込先口座情報を通帳に記載してあるとおりに「正確に」記載願います。

参考 様式2号-1記入例

様式2号-1を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 1 救護施設・2 障害福祉サービス事業所等・3 介護サービス事業所等 4 児童養護施設等の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

(様式第2号-1)

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和7年度)
支給申請内訳書

令和 8 年 2 月 16 日

4 申請事業所・申請金額内訳

- ※ 本申請によって申請する事業所情報等について、別表を参考に記載ください。
 - ※ 本申請によって異なる分類をまとめて申請することはできません。
 - ※ 下記の①～④の施設については定員数を、それ以外に記載してください
- ① 救護施設
 - ② 障害福祉サービス事業所等のうち入所系施設
 - ③ 介護サービス事業所等のうち入所系施設
 - ④ 児童養護施設等
- ※ 同じ分類内で複数のサービス種別を運営している場合、本様式により一括での申請が可能です。

申請日を記入

必要箇所を漏れなく記入してください

分類をご確認ください

事業所名	事業所番号 (障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
1 障がい者支援施設 岩手の里	0000000000	30	13,700	411,000
サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
障がい者支援施設	岩手県盛岡市神明町〇-〇			
2 岩手センター	0000000000	1	114,000	114,000
サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
自立訓練(機能訓練)事業所	岩手県盛岡市菜園〇-〇			
3 事業所名	事業所番号 (障害・介護のみ)	定員数 事業所数	単価 (円)	申請金額 (円)
サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
4 事業所名	事業所番号 (障害・介護のみ)	事業所数	(円)	(円)
サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
5 事業所名	事業所番号 (障害・介護のみ)	事業所数	(円)	(円)
サービス種別(障害・介護のみ)	所在地			
申請額合計			525,000	円

2障害福祉サービス事業所等
3介護サービス事業所等の方のみ記入

下記に該当する施設「以外」は数字の「1」を記入。
それ以外は定員数を記入。

- ア 救護施設
- イ 障害福祉サービス事業所等のうち通所系・訪問系・相談系施設
- ウ 介護サービス事業所等のうち通所系・訪問・相談系施設

申請金額の合計を記載
※様式第1号の申請額兼請求額に記載する額

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。
※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載してください。
※ 児童養護施設等で暫定定員を設定されている施設においては、暫定定員を記載してください。

参考 様式2号-2記入例

様式2号-2を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 5 医療施設の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

区分が病院・有床診療所の場合

申請金額の合計を記載

※様式第1号の申請金額兼請求額に記載する額

※全ての病床を休床している有床診療所は、無床診療所として申請してください。

分類をご確認ください

分類 5 医療施設用

申請日を記入

令和 8 年 2 月 16 日

必要箇所を

漏れなく記入してください

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和7年度）
支給申請内訳書

申請金額内訳

※ 本申請にて申請する施設情報等について、別表を参考に記載ください。

【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関以外）】				(単位・円)
名称	所在地			
岩手県病院	岩手県盛岡市神明町〇-〇			
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)	病床数(休床除く)	加算支援金額	
230,000円	21,300円	30床	639,000円	
※ 光熱費相当分12,000円+食材料費相当分9,300円				申請金額
				869,000円
【病院・有床診療所（特別高圧を受電する医療機関）】				(単位・円)
名称	所在地			
基礎支援金	1床あたり加算支援額(※)	病床数(休床除く)	加算支援金額	
230,000円	42,300円	床	円	
※ 光熱費相当分12,000円+食材料費相当分9,300円+特別高圧受電医療機関加算支援金2,000円				申請金額
(契約種別が特別高圧受電契約に属することが確認できる書類を添付してください。)				円
【無床診療所(医科・歯科)・助産所】				(単位・円)
名称	所在地			申請金額
				115,000円
※ 複数の施設の申請をまとめて行う場合は、本書をコピーしてご利用ください。				
※ 以下の医療施設は支給対象となりません。				

区分が無床診療所(医科)、歯科診療所、助産所の場合一律、本欄に記載の115,000円が申請金額となります。
※様式1の申請額兼請求額に記載する額

基準日(申請日)に稼働のある病棟(有床診療所の場合は施設全体)の病床数の合計を記入。

<計算例>

A病棟 50床(38床稼働) / B病棟 50床(24床稼働) / C病棟 50床(休床中)

⇒ 100床として記入・申請

※病床機能報告と同様の算定方法となります。

参考 様式2号-3記入例

様式2号-3を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 分類 6 施術所(按摩・鍼・灸・柔軟)の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

分類を
ご確認ください

分類	6 施術所用
----	--------

(様式第 2 号- 3)
 社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金 (令和 7 年度)
 支給申請内訳書

4 申請事業所・申請金額内訳

※ 本申請によって申請する事業所情報 申請日を記入 ください。

※ 同一法人等が複数の施術所を開業している場合、本様式により一括での申請が可能です。

必要箇所を
漏れなく記入してください

【施術所(あんま師、はり師、きゅう師、柔道整復師)】			
No.	名称	所在地	申請金額 <small>(単位:円)</small>
1	岩手堂 神明町店	岩手県盛岡市神明町〇-〇	38,000円
2	岩手堂 内丸店	岩手県盛岡市内丸〇-〇	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

「一施術所あたり」、一律、本欄に記載の38,000円が
申請金額となります。

**記入した施術所の数×単価(38,000円)で算出した
申請金額の合計を記載**
※様式第1号の申請額兼請求額に記載する額

18		
19		
20		

申請額合計	76,000	円
-------	--------	---

【申請にあたっての留意事項】 ※ 必ずお読みください。
 ※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
 その場合、一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。
 ※ 療養費の受領委任を行っていない施術所は支給対象となりません。
 ※ 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、
 いずれか一箇所のみ申請が可能です。

参考 様式2号-4記入例

様式2号-4を記載する際の注意点

- ① 本様式は分類 7 薬局の皆様に記載いただく様式です。
- ② 同じ法人で複数の申請分類をお持ちの場合は、申請分類ごとに申請を行ってください。複数の申請分類の施設・事業所を同じフォームから申請することはできません。

分類を
ご確認ください

分類	7 薬局用
----	-------

(様式第2号-4)
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和7年度）
支給申請内訳書

4 申請施設・申請金額内訳 申請日を記入 令和 8 年 2 月 16 日

※ 本申請によって申請する施設情報等を、別表を参考に記載ください。
※ 同一法人が複数の保険薬局を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。

必要箇所を
漏れなく記入してください

【薬局】	名称	所在地	申請金額
1	内丸薬局	岩手県盛岡市内丸〇-〇	
2	神明町薬局	岩手県盛岡市神明町〇-〇	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16	記入した保険薬局の数×単価(38,000円)で算出した		
17	申請金額の合計を記載		
18	※様式第1号の申請額兼請求額に記載する額		
19			
20			

38,000円

「一保険薬局あたり」、一律、本欄に記載の
38,000円が申請金額となります。

申請額合計	76,000	円
-------	--------	---

【申請にあたっての留意事項】※ 必ずお読みください。
※ 事業所数が上記で足りない場合は、本書をコピーしてご利用ください。
その場合一枚目の申請額合計欄に全ての事業所の合算金額を記載願います。

参考 様式3号記入例

様式3号を記載する際の注意点

- ① 法人名、代表者職、代表者氏名は様式1号に記載の内容と同一の内容で記入してください。
- ② 本様式の確認欄にすべてチェックされていない場合審査の対象となりません。
支給を希望される方は、必ず内容を確認の上、すべての確認欄にチェックしてください。

(様式第3号)
社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金（令和7年度）
誓約書兼同意書

岩手県知事 達 増 拓 也 様

令和 8 年 2 月 16 日

法人名
(個人事業主の場合は屋号)
特定医療法人 岩手県会

代表者職
(個人事業主の場合は氏名のみ)
理事長

代表者氏名
岩手 太郎

申請日を記入

内容を確認の上、
全ての確認欄にチェックを入れてください。

様式第1号に記載の情報と
齟齬が無い確認の上
漏れなく記入してください

策支援金（以下「支援金」という。）の支給申請
に同意します。

なお、虚偽の誓約を行った場合又は同意した項目に違反した場合には、岩手県知事が支給額を決定す
る前であれば、支援金の支給申請を取り下げ、既に支援金の支給を受けてい
る場合は、支援金を返還します。

確認	誓約項目
✓	本支援金の支給対象者の要件を満たしていること。
✓	本支援金の支給申請あたり、岩手県（支援金事務局）に提出した本支援金の関係書類、及び通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽のないこと。
✓	本支援金を重複して申請しないこと。
✓	申請日現在事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思のあること。
✓	暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者でなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していないこと。 かつ、将来にわたっても本項に該当しないこと。 ※ 岩手県暴力団排除条例（平成23年岩手県条例第35号）第2条第2号及び同条第3号に規定するものをいう。

確認	同意項目
✓	岩手県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じること。
✓	以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じること。 ① 虚偽の申請が判明した場合 ② 誤った申請と給付がされていた事が判明した場合 ③ 誓約事項が順守されなかった場合
✓	個人情報の取り扱いに関して、支援金の給付手続きに必要な範囲で業務委託事業者と共有すること。
✓	本支援金によって収集した個人情報は社会福祉施設及び医療施設等の支援や管理の目的で岩手県が活用する事があること。

確認	確認項目
✓	申請に必要な様式1～3について、内容を確認、記載し同封しました。
✓	通帳の表紙、口座番号及び名義人（カタカナ）が確認できる箇所の写しを添付しました。
✓	申請者と振込口座の名義を確認しました。 また、確認の上で、振込口座の名義が違う場合は委任状を添付しました。

※ 上記の各種項目に誓約、同意する場合には、各種項目欄左の確認欄に☑チェックを記入すること。
※ 確認項目の記載内容を確認の上、必要な書類を手配し、各種項目欄左の確認欄に☑チェックを記入すること。
※ 確認欄の全てに☑チェックの記入がある場合のみ、当該支給申請を受領し、申請内容について、審査を行う。

参考 様式4号記入例

様式4号を記載する際の注意点

- ① 本様式は、申請者名義と振込口座名義が異なる場合のみ提出が必要です。
様式第1号に記載した、申請者名義と振込口座名義が同一の場合、提出の必要はありません。
- ② 委任者(申請者)情報の記入欄には、委任者(申請者)の捺印が必須です。
※受任者情報の記入欄への捺印は必要ありません。

様式第4号

委 任 状

岩手県知事 達増 拓也 様

申請日を記入

令和 8年2月16日

申請者情報を記入

委任者
所在地 岩手県盛岡市神明町 5-5
法人名(屋号) 特定医療法人 岩手県会
代表者職・氏名 理事長 岩手 太郎

申請者の印鑑(代表者印)を捺印ください



社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金(令和7年度)の受領に関する権限を以下の者に委任します。

受任者情報を記入してください
※捺印の必要無し

受任者
所在地 岩手県盛岡市神明町 5-5
法人名 特定医療法人 岩手県会
受任者職・氏名 総務部長 岩手 県一

【振込口座(受任者名義の口座)】

金融機関名	岩手銀行			金融機関コード	123							
本・支店名	本店			支店コード	1							
口座種別	普通	<input checked="" type="checkbox"/>	当座	口座番号	0	0	0	0	0	0	0	0
口座名義 (カナ名義)	イイワテケンカイ ソウムブチヨウ イワテケンイチ											

様式第1号に記載の口座情報を記入

カナ名義を正しく記入(大文字)してください

11 郵送申請 添付書類

(1) 添付書類 1

振込先口座の通帳の**表紙**と**見開き**の画像を添付してください。

添付する際の注意点

- ア 通帳のコピーは、必ず通帳の「表紙面」と「見開き面」をどちらも添付してください。
- イ 添付画像が不足している場合は審査を進めることができません。提出前に必ず内容をご確認ください。

添付① 振込先口座の通帳の**表紙**



添付② 振込先口座の通帳の**見開き**



【普通銀行当座口座の場合】

通帳がない場合は、当座勘定照合表等の口座情報が確認できる画像を添付してください。

※銀行取引にかかる日付、支払額、入金額、摘要、残高等の情報は黒塗りしてください。

【インターネット専門銀行の場合】

振込先情報(口座情報)が確認できる画面を、スクリーンショットなどの機能を使用して画像として添付してください。

(2) 添付書類 2

その他知事が必要と認める書類

注意点

- ア 審査・支給のために、手続き上、追加書類を事務局から提出依頼させていただく場合があります。
- イ 追加書類は【様式第4号 委任状】を除き、事務局あてにメールでの提出も可能です。
- ウ 追加で提出を依頼した書類が期日までに事務局に郵送されない場合、審査を進めることができず「不支給」とさせていただく場合があります。

12 審査について

<審査について>

- 書類の到着確認、審査状況、支払時期に関するお問い合わせは、ご遠慮ください。
 - ※ 多くの事業所からの申請が見込まれることから、書類の到着段階では、個々の送付者（申請者）の確認はしておりません。審査に入った段階で申請者及び内容を確認し、不備等がある場合には、別途連絡いたします。
 - ※（悪天候などの理由により）発送書類の輸送状況等に関して、不安がある場合には、レターパックなど追跡手段のある方法で、ご郵送ください。
- 審査が終了し、支払時期が確定した段階で決定通知をお送りします。
 - ※ 通知が届かないことを防ぐため、住所については建物名・部屋番号等を正確に記入してください。

13 その他付帯事項

<支給決定の取り消し >

- 支給要件に該当しない方が申請内容の偽りなど不正な手段によって、本支援金の支給決定を受けたことが判明したときは、支給決定を取り消し、すでに本支援金の支給を受けているときは、支援金の返還を命じます。
 - ※ 本支援金の返還を命じた後に、指定の期日までに、本支援金に係る返還金の納付が確認できない場合には、本支援金に係る返還金のほかに、岩手県が、別に定める延滞金を徴収する場合があります。

<追加調査・返還等>

- 支援金を支給した後でも、必要に応じて申請内容の確認や書類の追加提出を求める場合があります。また、計算違いによる過誤払いや不正な申請（書類の偽造、誓約事項の虚偽など）が判明した場合は、返還を命じる場合があります。
- 他の行政機関から本申請に関する照会があった場合、情報の提供や申請書類を提出する場合がありますのでご了承ください。
 - ※ また、申請内容に不明な点がある場合には、税理士等に直接連絡をして確認を行うことがあります。

<会計処理について>

- 会計処理に当たっては、支援金収入を他の収入と区別できるようにしてください。

14 よくあるお問い合わせ(FAQ)《令和7年実施参考》

特設HPに最新版のFAQを掲載しますので、そちらもご確認ください

<支給対象、支給額>

	問い合わせ	回答
1	事業所、施設等は岩手県内にあるものの、本社が岩手県内 にない場合、申請できるか？	本社が岩手県外であっても、岩手県内を所在地とする事業 所、施設等が存在する場合は、当該事業所、施設分につい ては支給対象となります。 なお、本社が岩手県内であっても、岩手県外に所在する事 業所、施設分については支給対象外です。
2	支給された支援金の用途制限はあるか？	支援金は電気代等の高騰分に活用されることを想定してい ますが、特段の用途制限はありません。
3	同様の趣旨の給付金を他団体(市町村等)から受けている、 又は受ける予定があるが、この支援金を申請することはで きるか？	他団体からの同趣旨の給付金の受給(予定を含む)の有無 に関わらず、本支援金を申請することが可能です。 ただし、本支援金を受給した場合に他の給付金を受給する ことができるか否かは、他の給付金の支給要件等をご確認 ください。
4	一つの事業所で複数のサービスを運営している場合、それ ぞれのサービス毎に申請ができるか？	指定を受けているサービス毎に支援金を支給します。
5	同じ法人で、本マニュアルに記載される分類1～分類7に おいて「複数の分類」を運営している。 該当するすべての分類で支援金を申請することはできる のか？	事業を行っているそれぞれの分類で申請することが可能 です。 ただし、「分類ごとに申請書を作成・提出していただく」必 要があります。 分類ごとに様式第1号～3号(必要に応じて第4号も)と添 付書類をそろえていただき申請してください。
6	分類1～分類7に該当していれば事業形態に関わらず、す べての事業所が支給対象となるか？	分類によって、対象外となる事業形態がある場合があり ます。本マニュアルP4～P6に掲載の別表に記載している各 分類の支給要件を必ずお読みください。

<障害福祉サービス事業所等・介護サービス事業所等関係>

	問い合わせ	回答
1	一つの事業所で複数のサービスを運営している場合、それ ぞれのサービス毎に申請ができるか？	指定を受けているサービス毎に支援金を支給します。
2	「入所系」と「通所系」の両方のサービスを実施しているが、 それぞれ対象となるか？	「入所系」と「通所系」を両方実施している事業所は、両方 のサービスで申請することができます。入所系と通所系の他 にも、訪問系や相談系も申請することができます。
3	介護サービスと障害福祉サービスを同一建物内で提供して いるが、障害分野と介護分野でそれぞれ申請可能か？	その施設・事業所の許認可ごとに申請可能となります。
4	医療機関であって障害福祉サービスを同一建物内で提供し ているが、障害分野と医療分野をそれぞれ申請可能か？	その施設・事業所の許認可ごとに申請可能となります。

14 よくあるお問い合わせ(FAQ)

特設HPに最新版のFAQを掲載しますので、そちらもご確認ください

<申請手続、申請書類>

	問い合わせ	回答
1	複数の事業所、施設を運営している場合、事業所、施設ごとの申請になるのか、法人単位での申請になるのか？	法人が運営する事業所、施設をとりまとめて申請してください。支給申請書は、法人単位での申請が可能なように1枚に運営する事業所、施設を複数記入することができます。なお1法人が異なる分類の事業所、施設を運営している場合は、申請分類ごとの申請書作成が必要となります。
2	実績報告書の提出は必要か？	支援金支給のため、実績報告は不要です。ただし、虚偽の申請があった場合は支援金の返還となります。
3	複数の事業所を運営しているが支給金額はいくらになるか？	分類、区分ごとに金額や算出方式が異なります。本マニュアルP4～P6に掲載の別表をご一読いただき、様式第2号のうち貴法人の該当する分類の書式にて算出し、申請してください。
4	申請を行ったが支援金はいつ入金になるか？	申請に不備がない場合、「申請受理証」を発送してから、「オンライン申請」で概ね4週間程度、「郵送申請」の場合は5週間程度の時間を要します。 なお、申請に不備がある場合は、不備が解消されるまで審査、支給をすることができません。
5	申請に不備があった場合、どのような対応になるか？	申請に不備があった場合、事務局よりフォローアップのために、ご連絡をさせていただきますので、事務員の指示に従って、様式の修正や不足資料の手配をお願いします。
6	○申請締め切りが迫っているので直接事務局に申請書類を届けたい。 ○追加提出を依頼された書類を直接事務局に届けたい。	本事務局では多くの法人情報、個人情報を扱うため、岩手県、事務局が面談の必要があると判断をした場合を序き、事務局への訪問はお断りさせていただきます。 オンライン申請は即日申請が可能ですし、郵送での申請は当日消印が有効です。 誠に恐縮ですがそちらをご利用いただきますようお願いいたします。 事務局から要請された追加資料の提出については様式第4号を除きメールでの提出も可能です。

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰緊急対策支援金に関するお問い合わせ先

社会福祉施設及び医療施設等物価高騰対策支援金支給事務局

〒020-8779

岩手県盛岡市神明町5-5 岩手県火災共済会館 5階

MAIL : info@iwate-syakaihukusi-iryoushien.jp

TEL : 019-601-6471

受付時間…平日9:00~17:00

特設サイトはコチラ



- ・受付時間外、土日祝日のお問い合わせはご遠慮ください。
- ・多くの個人情報を扱うため、事務局に訪問しての相談はご遠慮いただいております。