



(様式1)

令和 8 年 月 日

沖縄県知事 殿

所在地

申請者  
(法人名)

代表者(職・氏名)

### 沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援事業給付金給付申請書兼請求書

標記の給付金として、下記のとおり請求致します。

#### 記

1 給付金申請額 ￥ 0 —

#### 2 添付書類

(1) 別表1 総括表

(2) 3の振込先が確認できる通帳の写し(表紙、表紙裏面の両方)

#### 3 補助金の振込先

金融機関名		本支店 出張所等名	
口座番号			
預金種目			
口座名義			

別表

# 総括表

黄色の色つきセルを全て入力して下さい

## 1 申請者

法人名			
代表者 職・氏名			
法人所在地	郵便番号		
	住所		

申請に関する担当者	
電話番号	
メールアドレス	

## 2 対象事業所等

事業所番号	事業所名称	所在地	新規指定の年月日	対象期間	サービス種別		定員 ※1	訪問系、相談系は記入不要	他団体が実施する類似補助金等の交付を受けた額 ※2	給付額合計	
					大分類	小分類				基準単価	給付額
1							人		円		0円
2							人		円		
3							人		円		
4							人		円		
5							人		円		
6							人		円		
7							人		円		
8							人		円		
9							人		円		
10							人		円		
11							人		円		
12							人		円		
13							人		円		
14							人		円		
15							人		円		
16							人		円		
17							人		円		
18							人		円		
19							人		円		
20							人		円		
21							人		円		
22							人		円		
23							人		円		
24							人		円		
25							人		円		

※1 令和8年3月31日時点で、サービスの指定を管轄する自治体に届け出ている利用定員数を記入すること。なお、大分類「訪問系」及び「相談系」は記入不要  
 ※2 本給付金の給付対象経費と重複している経費を対象とした補助金、給付金等（以下「他補助金等」という。）を給付している場合、給付額を記入すること。

# 誓約書

## 1 申請者

法人名			
代表者 職・氏名			
法人所在地	郵便番号		
	住所		

## 2 誓約事項（以下の要件を確認し、○を記入してください。）

	<p>沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策給付金給付要領（以下「要領」という。）第2に定める支給対象事業所等であり、かつ、要領第13（暴力団の排除）には該当しない。</p> <p>要領 第2</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・基準日において、サービスの指定を管轄する自治体に届け出ている事業所・施設であること。 （以下の事項に該当しないこと）</li><li>・基準日において、休止又は廃止している事業者</li><li>・令和7年4月1日から令和8年3月31日までの間、サービスの提供の実績がない事業所・施設等</li></ul>
	<p>沖縄県が実施する介護サービス事業所等物価高騰対策支援事業、医療施設等物価高騰対策支援事業の交付を受けていない。</p>
	<p>この補助金と重複して、他市町村等が実施する物価高騰支援の補助金等がある場合、その補助金等を控除して申請している。</p>
	<p>申請に当たって、法人で各事業所分を取りまとめて一括で申請を行っている。また、サービス種別・申請金額等の申請内容に相違又は虚偽はない。</p>
	<p>この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管（交付を受けた年度の終了から5年間保管）するとともに、検査等があった場合には速やかに必要な書面等の提出を行うなど検査に協力し、不正、怠慢その他不適切な行為をした場合、補助対象経費の全部又は一部を取り消されることを承知している。</p>
	<p>以下の書類を添付していることを確認した。</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) 沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援事業給付金給付申請書兼請求書</li><li>(2) 給付金の振込先が確認できる通帳の写し（表紙、表紙裏面の両方）</li><li>(3) （本給付金の給付対象経費と重複している経費を対象としている補助金等の交付を受けている場合）交付額が確認できる資料</li></ol>
	<p>虚偽の誓約をした場合又は要領に違反した場合は、給付を受けた給付金を速やかに沖縄県へ返還する。</p>

事業所名	
------	--

※適宜コピーして使用してください。

## 通帳写し 等 貼り付け台紙

枠からはみ出しても構いませんが、用紙からはみ出さないでください。

口座名義、口座番号、カナ等が見えるように 重ねずに 貼り付けてください。

### 注意事項

以下の5項目が全て揃っていることをご確認ください。

- ①金融機関名
- ②支店名
- ③預金種別
- ④口座番号
- ⑤口座名義人カナ

※当座預金の場合、以下のいずれかの書類等の写しを添付してください。

- 当座勘定入金帳
- 当座勘定照合表
- 当座小切手帳
- 当座勘定入金申込帳 等

様式2（第8関係）

令和 年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者住所

事業者名

代表者氏名

沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援事業給付金給付申請取下書

令和 年 月 日付け文書にて給付決定通知のあった沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援事業給付金について、下記のとおり取り下げたいので、沖縄県障害福祉サービス事業所等物価高騰対策支援事業給付金給付要領第9に基づき申請します。

記

取下げの理由