令和　　年　　月　　日

申請事業所名（法人名）
確認担当者名
連絡先（電話番号）

姶良市物価高騰対策福祉施設等支援金申請書類チェックシート

※以下の項目を確認し、ＯＫであれば□欄に✔チェックを付けてください。

チェック項目（申請書・必要書類確認）	✔
（様式第１号）姶良市物価高騰対策福祉施設等支援金交付申請書兼請求書	
１．申請日の漏れはないか（期限内の提出がされているか）	□
２．申請者記入欄が記入されているか	□
３．法人名の記載があるか（請求書中ほど）	□
４．申請・請求金額は各サービス申請額の積上げ合計と合っているか	□
５．内訳内容の間違いは無いか	□
６．申請サービスについて、令和５年10月分～令和６年３月サービス分として、国保連等に請求を済ませているか。 （※６か月間のうち、全く請求が無い分（事業が無かった分）は「申請の対象外」です）	□
７．振込先の記入漏れはないか	□
８．挙証資料がすべて添付されているか。 ア．各事業所（事業）の定員が確認できるもの（運営規程、指定申請書類の写し等） イ．通帳の写し（振込先の口座番号等が確認できるページの写し） ウ．誓約書兼同意書 エ．姶良市物価高騰対策福祉施設等支援金申請書類チェックシート	□

（様式第２号）誓約書兼同意書	
※申請日・住所・氏名が記入してあるか（**押印不要**）	□
※内容を理解の上、同意したか	□

市確認者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿