

堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金支給申請書

堺 市 長 殿

入所施設等の入所者が新型コロナウイルス感染症にり患し、一定期間施設内で療養することになったため、堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金を申請します。

1 申請者の情報

法人の所在地	〒
フリガナ	
法人名	
代表者氏名 (役職及び氏名)	印
施設の所在地	〒
フリガナ	
施設名	

2 申請金額

申請金額	円
------	---

3 施設の種類

(該当する□にチェック)

大分類	小分類
障害者施設	☐ 障害者支援施設、 ☐ 共同生活援助事業所、 ☐ 短期入所事業所、 ☐ 自立訓練事業所（宿泊を伴うものに限る。）
児童・母子施設	☐ 児童養護施設、 ☐ 母子生活支援施設、 ☐ 小規模住居型児童養育事業、 ☐ 地域小規模児童養護施設、 ☐ 分園型小規模グループケア、 ☐ 小規模分園型（サテライト型）母子生活支援施設
保護施設	☐ 救護施設

4 施設内療養の実施内容

①対象者	②対象期間	③②のうち施設内療養を行った日

5 支援金振込口座に関する情報

施設内療養支援金については、下記の口座に振り込んでいただくようお願いします。

金融機関名		金融機関コード				
支店名	支店	支店コード				
預金種目	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号				
振込先名義（カタカナ）						

（※）振込先名義は、「1 申請者の情報」に記載した法人の口座名を記載してください。