

様式第 1（第 5 条関係）

給付金対象事業所申出書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

事業者 所在地
名 称
代表者職・氏名

以下の障害福祉サービス事業所等については、鹿児島市障害福祉サービス事業所等物価高騰対策給付金の支給対象事業所であることを申し出ます。

1 支給対象事業所

事業所番号			
事業所名称			
事業所所在地	郵便番号		
	住 所		
サービスの種類 (※1)			
定員 (※2)			
申出を行う給付金	(該当する給付金に☑を入れてください。) <input type="checkbox"/> LP ガス給付金 <input type="checkbox"/> 食事提供給付金		
担当者名			
連絡先	電話番号		F A X
	メールアドレス		

- ※1 療養介護、生活介護、自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所、日中一時支援、地域活動支援センター、施設入所支援、共同生活援助、福祉ホームから選択して記入すること。
- ※2 サービスの種類が、施設入所支援、共同生活援助、福祉ホームに該当する場合は、令和 7 年 1 2 月 1 日時点で鹿児島市に届け出ている定員数を記入すること。

2 添付書類（以下の書類を添付していることを確認し、○を記入してください。）

LP ガス 給付金	令和 8 年 1 月以降に LP ガスを使用していることを証する書類 (検針伝票、利用料金請求書、利用料金領収書の写し等)	
食事提供	令和 7 年 4 月以降に食事提供（おやつを含む。）を行った実績を証する	

給付金	書類（食事提供記録、食事代請求書、食事代領収書の写し等） ※療養介護、施設入所支援については、書類の添付省略可	
-----	--	--

添付書類は、対象期間のうち1月・1名分だけの添付で可