

申 出 書

法人名

代表者名

令和 年度千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金の交付申請を行うにあたって、下記のとおり相違がないことを申し出ます。

記

- 1 施設・事業所名：
- 2 サービス種別：
- 3 対象要件：

(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業	要綱別添 1 (1) ア 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用 ① ② ③ ④ ⑤ イ 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用 ① ② ③ ④
(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	要綱別添 1 (2) ① ②

※ 該当するもの((1) アの①～⑤、イの①～④、(2) の①、②)に○を付けてください。

- 4 事実発生日

令和 年 月 日

※ 感染者が発生した日、濃厚接触者に対応した日・感染者と接触があった者に対応した日等、事象が発生した日を記入してください。発生日以降の補助対象経費が本補助金の対象です。

- 5 対象要件に係る具体的な状況の説明