別紙１

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

|  |
| --- |
|  |