

(様式第1号-1) 総括表

《全ページ共通事項》
[] は必須入力です。
[] は自動反映されます。

大阪府新型コロナウイルス感染症に係る障がい福祉サービス事業所・施設等における
感染予防支援事業補助金交付申請書 (兼実績報告書)

令和 4 年 6 月 27 日

大阪府知事 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	シャカイフクシハウジン オオサカフ			
	名称	社会福祉法人 大阪府			
	所在地	(郵便番号 000 - 0000)			
		大阪府大阪府中央区2丁目			
	連絡先	電話番号	06-0000-0000	E-mail	bb@nn
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	大阪 太郎
	申請に関する担当者	職名	管理者	氏名	大阪 花子

(1) 申請内容

事業所・施設数	1	か所	申請額	20,000	円
---------	---	----	-----	--------	---

(2) 物品等の内訳

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票に記載のとおり

事業所・施設の状況	フリガナ	エージギョウシヨ		事業所番号	
	事業所・施設の名称	A事業所			2727272727
	サービス種別	施設入所支援 (定員40人以下)	定員	21	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 大阪府大阪府中央区大手前2丁目			
	連絡先	電話番号	06-0000-0000	E-mail	aa@mm
	担当者の氏名	大阪 三郎			

<積算内訳>		基準単価	20,000	円	所要額	118,000	円	申請額	20,000	円
品目		所要額(円)		数量等 (必ず単位まで記載してください。)						
(例) マスク		2,300		(例)50枚入り×50個						
消毒液		3,211		10リットル入り×10個						
CO2センサー		101,001		1個						
使い捨て食器		2,131		100個						
個人防護具 (手袋、ガウン、フェイスシールド、キャップ、エプロン、ゴーグル、防護服、シューズカバー)		3,213		ガウン×10枚						
パルスオキシメーター		8,788		1個						
合計		118,344								

誓約事項	
<input type="checkbox"/>	令和4年度大阪府新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所・施設等における感染予防支援事業の助成金交付を受けていない。
<input type="checkbox"/>	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金を受けていない。
<input type="checkbox"/>	この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="checkbox"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。