

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

平川市長 様

住 所  
申請者名称及び  
代表者氏名



平川市福祉施設等サービス継続支援事業に係る補助金等交付申請書

令和2年度上記事業に係る補助金等について、平川市補助金等の交付に関する規則第3条により関係書類を添えて申請します。

- 1 申請額 金  円 (収支予算書の「申請額」欄と同額)
- 2 添付書類
- (1) 事業計画書 (別紙のとおり)
  - (2) 収支予算書 (別紙のとおり)
  - (3) その他の関係書類  
職員数確認書類 (任意)

【担当者】必ずご記入ください。

氏名	
連絡先	Tel
	Fax
メールアドレス	

様式第2号(第6条関係)

平川市福祉施設等サービス継続支援事業  
事業計画書

1 事業の名称	平川市福祉施設等サービス継続支援事業
2 事業の目的	新型コロナウイルス感染症拡大予防のため
3 事業の期間	年 月 日～ 年 月 日
4 計画の内容	<p>以下の施設に対し、新型コロナウイルス感染症拡大予防のための消耗品等を購入する。</p> <p>1. 施設名(職員数) : ( 人) 住 所 :</p> <p>2. 施設名(職員数) : ( 人) 住 所 :</p> <p>3. 施設名(職員数) : ( 人) 住 所 :</p> <p>4. 施設名(職員数) : ( 人) 住 所 :</p> <p>5. 施設名(職員数) : ( 人) 住 所 :</p>
5 期待される事業の成果	新型コロナウイルス感染症拡大予防への取り組みが推進されることにより、サービスの継続が図られる。
6 その他の事項	

様式第3号(第6条関係)

平川市福祉施設等サービス継続支援事業  
収支予算書

1 支出内訳

(単位：円)

項目	金額 (※消費税を含まない)	購入物品名・数量・備考
消耗品費	円	
計	㉞	

2 申請金額

(単位：円)

㉞の金額	㉞	円	支出内訳より転記
㉞の1,000円未満 切り捨て	㉟	円	
上限額	㊱	円	<input type="checkbox"/> 職員数 10人未満：100,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 10人以上：200,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 30人以上：300,000円 <input type="checkbox"/> 職員数 50人以上：400,000円 <input type="checkbox"/> 職員数100人以上：500,000円
㉟と㊱のいずれか 小さい金額	[申請額]	円	交付申請書「申請額」に転記

※この様式は、事業完了後に提出の場合は「収支精算書(様式第6号)」を兼ねる。