

古河市告示第 2 7 8 号

令和 8 年度古河市介護・障害・保育施設等及び医療機関等物価高騰対策支援給付金交付要綱を次のように定める。

令和 8 年 8 月 1 9 日

古河市長 針 谷 力

令和 8 年度古河市介護・障害・保育施設等及び医療機関等物価高騰対策支援給付金交付要綱

(趣旨)

第 1 条 この告示は、エネルギー及び食材料費の物価高騰の影響を受けている介護施設等、障害施設等及び保育施設等並びに医療機関等の負担を軽減し、安定的なサービスの提供を支援するため、予算の範囲内において給付金を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

(交付対象者)

第 2 条 給付金の交付を受けることができる者(以下「交付対象者」という。)は、次に掲げる要件の全てを満たすものとする。

- (1) 令和 8 年 8 月 1 日(以下「基準日」という。)時点において、市内に事業所を有していること。
- (2) 基準日において交付対象事業(別表第 1 項から第 3 項までの表種別の欄に掲げる事業及び別表第 4 項事業所の区分の欄に掲げる事業をいう。以下同じ。)に必要な許可又は認定等を全て有し、かつ、第 4 条の申請の日において市内で当該申請に係る事業を中止又は廃止していないこと。
- (3) 法人及びその代表者又は個人事業主について、市税(介護施設等にあつては、介護保険料を含む。)の滞納がないこと。
- (4) 給付金以外の市が実施する他のエネルギー及び食材料費に係る物価高騰対策支援を目的とした補助金等の交付を受けていないこと。
- (5) 給付金の申請をした日以後も当該申請に係る事業を継続する意思があること。
- (6) 法人並びにその代表者及び役員又は個人事業主が、古河市暴力団排除条例(平成 23 年条例第 32 号)第 2 条第 1 号から第 4 号までのいずれにも該当しないこと。

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げるものは、給付金の交付の対象としない。

(1) 国又は地方公共団体

(2) 交付の対象として適当でないと市長が認めるもの
(給付金の額等)

第3条 給付金の額は、別表に掲げる基準額とし、次のとおり算出するものとする。

(1) 交付対象者が市内に有する事業所（以下この号から第3号まで及び次項において「交付対象事業所」という。）が複数あるときは、交付対象事業所ごとに算出する。

(2) 交付対象事業所が実施する交付対象事業が複数あるときは、当該事業種別ごとに算出する。

(3) 交付対象事業所が、一の交付対象事業につき別表第1項から第3項までの表事業所の種類の欄に掲げる事業所として複数該当するときは、そのうちの1種類の事業所として算出する。

(4) 別表第4項の表第1号から第4号までの交付対象事業については、その病床の全部について別表第1項から第3項までの表に掲げる交付対象事業として給付金を受ける場合には、別表第4項の表第5号として算出する。

(5) 別表第4項の表第9号及び第10号の交付対象事業について、その両方に該当するときは、いずれか一方の交付対象事業として算出する。

2 給付金の交付は、一の交付対象事業所に係る一の交付対象事業につき、1回限りとする。

(交付申請)

第4条 給付金の交付を受けようとする者は、介護施設等にあつては様式第1号、障害施設等にあつては様式第2号、保育施設等にあつては様式第3号、医療機関等にあつては様式第4号の交付申請書兼請求書に次に掲げる書類を添付し、令和8年10月15日までに市長に申請しなければならない。

(1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定等を受けていることを確認できる書類の写し。ただし、市が保有する公簿等により当該情報を確認できる場合に限り、省略することができる。

(2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し

(3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(交付決定)

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、給付金の交付の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により給付金の交付の可否を決定したときは、様式第5号により通知するものとする。

3 市長は、第1項の規定により交付の決定をする場合において、給付金の目的を達成するために必要があると認めるときは、条件を付することができる。

4 給付金は、口座振込みにより交付するものとする。

(報告)

第6条 市長は、前条の規定により給付金の交付の決定をした者（以下「交付決定者」という。）に対し、その交付に必要な範囲で、交付対象事業についての報告をさせることができる。

(交付決定の取消し等)

第7条 市長は、交付決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、給付金の交付の決定を取り消し、又は既に交付した給付金の全部若しくは一部の返還を求めることができる。

(1) この告示に違反したとき。

(2) 虚偽その他不正な手段により給付金の交付を受けたとき。

(3) その他市長が給付金を交付することが不相当と認めるとき。

(文書の保管)

第8条 交付決定者は、給付金に係る帳簿その他の証拠書類を整備し、令和9年度から5年間保存しなければならない。

(補則)

第9条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、令和8年8月19日から施行する。

(この告示の失効)

2 この告示は、令和9年3月31日限り、その効力を失う。ただし、第7条及び第8条の規定は、この告示の失効後も、なおその効力を有する。

別表（第2条、第3条関係）

1 介護施設等

種別	事業所の種類	定員	基準額
入所系 (1)	① 介護老人福祉施設 ② 介護老人保健施設 ③ 介護医療院	1人以上 9人以下	115,000円
		10人以上 29人以下	170,000円
		30人以上 49人以下	250,000円
		50人以上 79人以下	380,000円
		80人以上	510,000円
入所系 (2)	① 認知症対応型共同生活介護 ② 小規模多機能型居宅介護（短期宿泊） ③ 看護小規模多機能型居宅介護（短期宿泊） ④ 特定施設入居者生活介護 ⑤ 短期入所生活介護（空床利用型は除く。）	1人以上 9人以下	115,000円
		10人以上 29人以下	170,000円
		30人以上 49人以下	250,000円
		50人以上 79人以下	380,000円
		80人以上	510,000円
通所系	① 通所介護 ② 地域密着型通所介護 ③ 小規模多機能型居宅介護（通い） ④ 看護小規模多機能型居宅介護（通い）	1人以上 29人以下	85,000円
		30人以上 49人以下	125,000円
		50人以上	165,000円
訪問系	① 居宅介護支援 ② 介護予防支援 ③ 訪問介護 ④ 訪問入浴介護 ⑤ 訪問リハビリテーション（介護保険法		30,000円

	(平成9年法律第123号)によるみなし指定を受ける事業所を除く。) ※ 指定訪問看護事業所については、第4項の表による。		
--	--	--	--

2 障害施設等

種別	事業所の種類	定員	基準額
入所系 (1)	① 施設入所支援 ② 医療型障害児入所支援	1人以上 9人以下	115,000円
		10人以上 29人以下	170,000円
		30人以上 49人以下	250,000円
		50人以上 79人以下	380,000円
		80人以上	510,000円
入所系 (2)	共同生活援助（グループホーム）	1人以上 9人以下	115,000円
		10人以上 29人以下	170,000円
		30人以上 49人以下	250,000円
		50人以上 79人以下	380,000円
		80人以上	510,000円
通所系	① 療養介護	1人以上	85,000円
	② 生活介護	29人以下	
	③ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）	30人以上	125,000円
	④ 就労移行支援	49人以下	
	⑤ 就労継続支援（A型・B型）	50人以上	165,000円
	⑥ 児童発達支援		
	⑦ 放課後等デイサービス		

	⑧ 地域活動支援センター ⑨ 就労選択支援		
訪問系	① 計画相談支援 ② 障害児相談支援 ③ 地域移行支援 ④ 地域定着支援 ⑤ 居宅介護 ⑥ 重度訪問介護 ⑦ 同行援護 ⑧ 行動援護 ⑨ 保育所等訪問支援 ⑩ 居宅訪問型児童発達支援 ⑪ 移動支援 ⑫ 訪問入浴		30,000円

3 保育施設等

種別	事業所の種類	定員	基準額
認可 施設	① 保育所 ② 幼稚園 ③ 認定こども園 ④ 小規模保育事業 ⑤ 事業所内保育事業 ⑥ 家庭的保育事業	1 人	10,000円
		2 人以上 20人以下	50,000円
		21人以上 74人以下	130,000円
		75人以上 124人以下	240,000円
		125人以上 174人以下	350,000円
		175人以上	500,000円
認可外 施設	認可外保育施設	1 人	10,000円
		2 人以上 20人以下	50,000円
		21人以上 74人以下	130,000円

4 医療機関等

事業所の区分	基準額
(1) 病院（101床以上）	510,000円
(2) 病院（50床～100床）	380,000円
(3) 病院（20床～49床）	250,000円
(4) 診療所（19床以下）	170,000円
(5) 診療所（病床無）	50,000円
(6) 歯科診療所	50,000円
(7) 訪問看護事業所	30,000円
(8) 助産所	25,000円
(9) 施術所（柔整）	25,000円
(10) 施術所（あはき）	25,000円
(11) 保険薬局	25,000円

備考 医療機関等とは、医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき開設している病院又は診療所（歯科診療所を含む。）、同法の規定に基づき開設している助産所のうち出産一時金等の受取代理制度を導入している施設、健康保険法（大正11年法律第70号）の規定に基づく指定を受けた保険薬局、健康保険法の規定に基づく指定を受けた指定訪問看護事業者、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号。以下「あはき法」という。）又は柔道整復師法（昭和45年法律第19号。以下「柔整法」という。）の規定に基づき開設している施術所であって、受領委任取扱い施術所の指定を受け、かつ、医療保険（療養費）の対象となる施術を行っている施設（同一施設であはき法及び柔整法に基づく施術所を開設している場合はいずれか一方）をいう。

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

施設の所在地

施設の名称

法人の所在地

法人の名称

代表者の氏名

印

電話番号

介護施設等物価高騰対策支援給付金交付申請書兼請求書

給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に給付金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 法人の代表者の氏名及び住所

フリガナ	
氏 名	
住 所	

2 交付申請（請求）額内訳

種別	事業所の種類	定員	基準額	給付金
入所系 (1)	① 介護老人福祉施設	1人以上	115,000円	円
	② 介護老人保健施設	9人以下		
	③ 介護医療院	10人以上	170,000円	円

	※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲むこと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 事業所番号 	29人以下		
		30人以上 49人以下	250,000円	円
		50人以上 79人以下	380,000円	円
		80人以上	510,000円	円
入所系 (2)	① 認知症対応型共同生活介護 ② 小規模多機能型居宅介護（短期宿泊） ③ 看護小規模多機能型居宅介護（短期宿泊） ④ 特定施設入居者生活介護 ⑤ 短期入所生活介護（空床利用型は除く。） ※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲むこと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 事業所番号 	1人以上 9人以下	115,000円	円
		10人以上 29人以下	170,000円	円
		30人以上 49人以下	250,000円	円
		50人以上 79人以下	380,000円	円
		80人以上	510,000円	円
通所系	① 通所介護 ② 地域密着型通所介護 ③ 小規模多機能型居宅介護（通い） ④ 看護小規模多機能型居宅介護（通い） ※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲むこと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 事業所番号 	1人以上 29人以下	85,000円	円
		30人以上 49人以下	125,000円	円
		50人以上	165,000円	円
訪問系	① 居宅介護支援 ② 介護予防支援		30,000円	円

③ 訪問介護 ④ 訪問入浴介護 ⑤ 訪問リハビリテーション（介護保険法 によるみなし指定を受ける事業所を除 く。） ※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲む こと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 事業所番号 			
--	--	--	--

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が違えばそれぞれの種別で1つの交付対象とする。

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が同じならば、同種別内で1つの交付対象とする。

3 給付金申請（請求）額

円

※ 上表「2 交付申請（請求）額内訳」の給付金の合計

4 誓約及び同意事項

私は、給付金の交付申請に関して、次のとおり誓約し、及び同意します。

☐ 本申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じます。また、これにより当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

☐ 市から報告の求めがあった場合は、これに応じます。

☐ 申請書類及び添付書類の内容の確認のため、市が保有する公簿等で税務情報及び介護保険料情報を閲覧することに同意します。

5 振込先

(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人	
普通 当座			

(ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入してください。)

金融機関名	店番	通帳見開き 1 ページ目の下部に書かれている振込用の店番・口座番号を記入してください。
ゆうちょ銀行		
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人
普通預金		

※添付書類

- (1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定を受けていることを確認できる書類の写し
- (2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

※この請求書は、次の(1)又は(2)及び(3)に記入することにより押印を省略することができます。

- (1) 適格請求書発行事業者登録番号 T _____
- (2) 発行責任者 氏名 _____ 連絡先 _____
- (3) 担当者 氏名 _____ 連絡先 _____

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

施設の所在地

施設の名称

法人の所在地

法人の名称

代表者の氏名

印

電話番号

障害施設等物価高騰対策支援給付金交付申請書兼請求書

給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に給付金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 法人の代表者の氏名及び住所

フリガナ	
氏 名	
住 所	

2 交付申請（請求）額内訳

種別	事業所の種類	定員	基準額	給付金
入所系 (1)	① 施設入所支援	1人以上	115,000円	円
	② 医療型障害児入所支援	9人以下		
	※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲む	10人以上	170,000円	円

	こと。	29人以下		
	事業所名	30人以上 49人以下	250,000円	円
	事業所番号	50人以上 79人以下	380,000円	円
		80人以上	510,000円	円
入所系 (2)	共同生活援助（グループホーム）	1人以上 9人以下	115,000円	円
	事業所名	10人以上 29人以下	170,000円	円
	事業所番号	30人以上 49人以下	250,000円	円
		50人以上 79人以下	380,000円	円
		80人以上	510,000円	円
通所系	① 療養介護 ② 生活介護 ③ 自立訓練（機能訓練・生活訓練） ④ 就労移行支援 ⑤ 就労継続支援（A型・B型） ⑥ 児童発達支援 ⑦ 放課後等デイサービス ⑧ 地域活動支援センター ⑨ 就労選択支援 ※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲む こと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 事業所番号	1人以上 29人以下	85,000円	円
		30人以上 49人以下	125,000円	円
		50人以上	165,000円	円
訪問系	① 計画相談支援		30,000円	円

② 障害児相談支援 ③ 地域移行支援 ④ 地域定着支援 ⑤ 居宅介護 ⑥ 重度訪問介護 ⑦ 同行援護 ⑧ 行動援護 ⑨ 保育所等訪問支援 ⑩ 居宅訪問型児童発達支援 ⑪ 移動支援 ⑫ 訪問入浴 ※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲む こと（複数ある場合は1つ）。 事業所名 _____ 事業所番号 _____			
--	--	--	--

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が違えばそれぞれの種別で1つの交付対象とする。

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が同じならば、同種別内で1つの交付対象とする。

※ 地域活動支援センターは定員数を20人とする。

3 給付金申請（請求）額

円

※ 上表「2 交付申請（請求）額内訳」の給付金の合計

4 誓約及び同意事項

私は、給付金の交付申請に関して、次のとおり誓約し、及び同意します。

☐ 本申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じます。また、これにより当方が不利益を被ることとなっても、異議は

一切申し立てません。

☐ 市から報告の求めがあった場合は、これに応じます。

☐ 申請書類及び添付書類の内容の確認のため、市が保有する公簿等で税務情報を閲覧することに同意します。

5 振込先

(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義人	
普通 当座			

(ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入してください。)

金融機関名	店番	
ゆうちょ銀行		通帳見開き1ページ目の下部に書かれている振込用の店番・口座番号を記入してください。
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義人
普通預金		

※添付書類

- (1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定を受けていることを確認できる書類の写し
- (2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

※この請求書は、次の(1)又は(2)及び(3)に記入することにより押印を省略することができます。

- (1) 適格請求書発行事業者登録番号 T _____
- (2) 発行責任者 氏名 _____ 連絡先 _____
- (3) 担当者 氏名 _____ 連絡先 _____

様式第3号（第4条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

施設の所在地

施設の名称

法人の所在地

法人の名称

代表者の氏名

印

電話番号

保育施設等物価高騰対策支援給付金交付申請書兼請求書

給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に給付金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 法人の代表者の氏名及び住所

フリガナ	
氏 名	
住 所	

2 交付申請（請求）額内訳

種別	事業所の種類	定員	基準額	給付金
認可 施設	① 保育所	1 人	10,000円	円
	② 幼稚園	2 人以上	50,000円	円
	③ 認定こども園	20人以下		

	④ 小規模保育事業	21人以上	130,000円	円
	⑤ 事業所内保育事業	74人以下		
	⑥ 家庭的保育事業	75人以上	240,000円	円
	※ 該当の事業所の種類の番号を丸で囲むこと。	124人以下		
	事業所名 _____	125人以上 174人以下	350,000円	円
		175人以上	500,000円	円
認可外 施設	認可外保育施設	1人	10,000円	円
	事業所名 _____	2人以上 20人以下	50,000円	円
		21人以上 74人以下	130,000円	円

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が違えばそれぞれの種別で1つの交付対象とする。

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が同じならば、同種別内で1つの交付対象とする。

3 給付金申請（請求）額

円

※ 上表「2 交付申請（請求）額内訳」の給付金の合計

4 誓約及び同意事項

私は、給付金の交付申請に関して、次のとおり誓約し、及び同意します。

☐ 本申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じます。また、これにより当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

☐ 市から報告の求めがあった場合は、これに応じます。

☐ 申請書類及び添付書類の内容の確認のため、市が保有する公簿等で税務情報を閲覧することに

同意します。

5 振込先

(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人	
普通 当座			

(ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入してください。)

金融機関名		店番
ゆうちょ銀行		
通帳見開き 1 ページ目の下部に書かれている振込用の店番・口座番号を記入してください。		
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ ----- 口座名義人
普通預金		

※添付書類

- (1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定等を受けていることを確認できる書類の写し
- (2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

※この請求書は、次の(1)又は(2)及び(3)に記入することにより押印を省略することができます。

- (1) 適格請求書発行事業者登録番号 T _____
- (2) 発行責任者 氏名 _____ 連絡先 _____
- (3) 担当者 氏名 _____ 連絡先 _____

様式第4号（第4条関係）

年 月 日

古河市長 宛て

施設の所在地

施設名称

法人の所在地

法人の名称

印

電話番号

医療機関等物価高騰対策支援給付金交付申請書兼請求書

給付金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

なお、古河市が私の指定する口座に給付金を振り込んだときは、受領したものと認めます。

1 法人の代表者の氏名及び住所

フリガナ	
氏 名	
住 所	

2 交付対象の事業所別に名称、所在地、保険機関等コード番号、事業種別（下表より番号を選択）を記載してください。

[illegible]

事業種別		基準額	円
------	--	-----	---

事業種別

事業種別	基準額
① 病院（101床以上）	510,000円
② 病院（50床～100床）	380,000円
③ 病院（20床～49床）	250,000円
④ 診療所（19床以下）	170,000円
⑤ 診療所（病床無）	50,000円
⑥ 歯科診療所	50,000円

事業種別	基準額
⑦ 訪問看護事業所	30,000円
⑧ 助産所	25,000円
⑨ 施術所（柔整）	25,000円
⑩ 施術所（あはき）	25,000円
⑪ 保険薬局	25,000円

※ 助産所は、出産育児一時金等請求の助産所コードを記入し、助産所コード通知書の写しを添付すること。

※ 施術所は、受領委任取扱い登録記号番号を記入すること。

※ 施術所（柔整）と施術所（あはき）の両方に該当する場合には、どちらか一方で申請すること。

※ 同じ所在地で上表の事業所の種類が複数該当する場合、上表の種別が違えばそれぞれの種別で1つの交付対象とする。

※ 複数の事業所分を申請する場合には、別紙に対象となる事業所全てを記入すること。

3 給付金申請（請求）額

円

※ 2の事業種別ごとの基準額の合計

4 本申請に係る担当者氏名及び連絡先

担当者	氏名	電話番号
-----	----	------

5 誓約及び同意事項

私は、給付金の交付申請に関して、次のとおり誓約し、及び同意します。

☐ 本申請に関し、全ての申請要件を満たしています。もし、虚偽が判明した場合は、交付決定の取消し、給付金の返還等に応じます。また、これにより当方が不利益を被ることとなっても、異議は

一切申し立てません。

☐ 市から報告の求めがあった場合は、これに応じます。

☐ 要件審査並びに申請書類及び添付書類の内容の確認のため、市が保有する公簿等で当該交付対象事業に係る許認可の情報、税務情報等を閲覧することに同意します。

6 振込先

(ゆうちょ銀行以外)

金融機関コード	金融機関名	支店コード	支店名
	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義人	
普通 当座			

(ゆうちょ銀行の場合は、以下の欄に記入してください。)

金融機関名	店番	
ゆうちょ銀行		通帳見開き 1 ページ目の下部に書かれている振込用の店番・口座番号を記入してください。
預金種目	口座番号 (右詰めで記入)	フリガナ 口座名義人
普通預金		

※添付書類

- (1) 交付対象事業を営むために必要な許可又は認定を受けていることを確認できる書類の写し。ただし、市が保有する公簿等により当該情報を確認できる場合であって、上記 5 により同意するときは、添付を省略することができます。
- (2) 振込先口座及び口座名義が分かる通帳等の写し
- (3) 施術所にあっては、令和 8 年度に医療保険(療養費)の対象となる施術を行っていることを確認できる書類の写し

※この請求書は、次の(1)又は(2)及び(3)に記入することにより押印を省略することができます。

- (1) 適格請求書発行事業者登録番号 T _____
- (2) 発行責任者 氏名 _____ 連絡先 _____
- (3) 担当者 氏名 _____ 連絡先 _____

別紙

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

医療機関等名称										
医療機関等所在地										
保険機関等コード										
事業種別			基準額		円					

様式第 5 号（第 5 条関係）

第 号
年 月 日

様

古河市長



交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請のあった給付金について、令和 8 年度古河市介護・障害・保育施設等及び医療機関等物価高騰対策支援給付金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により次のとおり決定しましたので、通知します。

☐ 交付する。

- 1 交付決定額 円
- 2 交付の条件
- 3 交付予定日 年 月 日

☐ 交付しない。

理由