別紙様式１

滋賀県介護職員等処遇改善支援補助金承認申請書

番　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

（宛先）

滋賀県知事

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 氏名 | （法人の名称および代表者の職名・氏名）　 |
| 発行責任者・担当者 | 氏名 | （法人の発行責任者および担当者の氏名）　 |
|  | 連絡先電話番号 | 　 |

滋賀県介護職員等処遇改善支援補助金の対象団体としての承認がなされるよう、別添のとおり必要な書類を添えて申請します。

　　なお、滋賀県介護職員等処遇改善支援補助金交付要綱（令和６年　月　日付け滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課長通知）の内容を理解し、以下の留意事項について同意します。

記

１　添付書類 　 滋賀県介護職員等処遇改善支援補助金計画書　〔別紙様式２－１および別紙様式２－２〕

２　留意事項

　(1) 本補助金の支払は、別紙様式２－２の「②国保連合会に登録している口座のうち、振込先の希望」に○を付けた貴団体の口座（滋賀県国民健康保険団体連合会に登録している口座）に滋賀県から支払われます。（別紙様式２－２の②に○を付けることができるのは１箇所のみです。）

(2) したがって、複数の施設・事業所、複数の介護サービスを運営している団体においても、別紙様式２－２の②に○を付けた１口座に、複数の施設・事業所分、複数サービス分が一括して振り込まれます。（複数口座に分割して振り込むことは一切できません。）

(3) なお、本補助金を債権譲渡することは適当ではないとされているため、様式２－２の②に○を付けた施設・事業所が、介護報酬ファクタリングのサービスを利用している場合においては、介護給付費等の債権譲渡先名義の口座ではなく、滋賀県国民健康保険団体連合会に登録している貴団体名義の口座に支払われます。

連絡先

|  |
| --- |
| 事業所名：〒・住所：担当者：電話：ＦＡＸ：E-mail： |