

第1号様式

年 月 日

町田市長 石坂 丈一 様

申請者

所在地

法人名

代表者氏名

印

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付申請書

下記のとおり補助金等を交付していただきたく、町田市障がい者施設PCR検査等補助金交付要領第8の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1	補助金額		円
2	補助金の上限額	町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付要領（別表のとおり）	
3	施設体系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	
		<input type="checkbox"/> 短期入所	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
4	添付書類	<input type="checkbox"/> 承諾書兼誓約書	
		<input type="checkbox"/> 請求票	
		<input type="checkbox"/> 領収書番号票	
		<input type="checkbox"/> 「検査種類」「検査実施年月日」「事業所名」「領収金額」が記載された書類。	
		※領収書等は各事業所単位となっていること。	
		町田市で債権者登録をしていない場合	
		<input type="checkbox"/> 債権者（振込口座）登録依頼書	
※町田市から代金等の支払を受ける場合は債権者登録が必要です。登録有無や登録内容が不明の場合については、必ず添付してください。			
5	連絡先	法人名	
		所在地	〒
		担当者名	電話番号
		メールアドレス	

(第1号様式別紙)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付申請に係る
承諾書兼誓約書

- 1 町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付要領に定める条件に合致しております。
- 2 申請金額に相違ありません。虚偽等が判明した場合は、補助金の返還に応じます。
- 3 事業完了後に消費税及び地方消費税の申告によりこの補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、速やかに市長に報告します。
なお、申請者が全国的に事業を展開する組織の支部（または支社、支所等）であって自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部（または本社、本所等）で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行います。
- 4 本補助金申請時において、有効な当該障害福祉サービス等の指定を有しており、交付決定後も事業を継続します。
- 5 交付決定後においても、指定された書類等の提出の求めに応じます。

年 月 日

所在地		
法人名		
代表者氏名		印

(第1号様式別表2)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金 領収書番号票

法人名

領収書番号	検査実施日	医療機関または検査機関名	受診人数 (人)			金額 (円)
			職員	利用者	利用予定者	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

債権者（振込口座）登録依頼書

年 月 日

町田市長

様

* 相手方番号 (債権者コード)																			
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住 所	〒	□□□□	-	□□□□	
法人名フリガナ					
法 人 名					印
氏名フリガナ					
氏 名 (代表者氏名)					印
電話番号				生年月日 (明治・大正・昭和・平成)	
F A X 番号				年	月
				日	

私が町田市から受ける支払金については、今後は下記の口座へお振り込みください。
 なお、本依頼書に記入した事項に関しては、町田市の財務会計システム（OA機器）に登録することを承諾いたします。

振 込 先	金融機関名		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店	
	預金種別	普通・当座・貯蓄・()	口座番号	□□□□□□□□□□	
	フリガナ				
	口座名義				

(注意)

- 1 個人商店の方は、屋号を法人名欄に、事業主名を氏名欄に記入してください。
- 2 個人の方は、法人名欄は記入しないでください。
- 3 法人の方は、社印と代表者印を、個人の方は請求書に使用する印を押してください。
- 4 法人の場合で、代理人(支店、営業所等の長)の届出をされている場合は、その所在地支店(営業所)名、役職名、氏名を記入し、使用する印を押してください。
- 5 生年月日欄は、個人の場合に記入してください。(法人の場合は、必要ありません。)
- 6 口座番号は右詰めで記入してください。
- 7 *印欄は記入しないでください。

* 担当部課名 (電話番号)	()
----------------	-----

* 担 当 課		
係	係 長	課 長

* 会 計 課		
係	審査係長	課 長



第1号様式

申請する日を入力してください。

2021 年 月 日

町田市長 石坂 丈一 様

申請者

所在地

東京都町田市森野●丁目●-●

法人名

●●●●法人 ●●●●会

代表者氏名

●● ●● (印)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業

代表者印を押印してください。
社印ではありませんのでご注意ください

下記のとおり補助金等を交付していただきたく、町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付要領第8の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

「(別表)請求票」のシートに入力をする
と自動的に表示されますので、**入力不要**
です。

1	補助金額	***,***	円
2	補助金の 上限額	町田市障がい者施設PCR検査等補助金交付要領 (別表のとおり)	
3	施設体系	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	
		<input type="checkbox"/> 短期入所	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
4	添付書類	<input type="checkbox"/> 承諾書兼誓約書	
		<input type="checkbox"/> 請求票	
		<input type="checkbox"/> 領収書番号票	
		<input type="checkbox"/> 「検査種類」「検査実施年月日」「事業所名」「領収金額」が記載された書類。	
		※領収書等は各事業所単位となっていること。	
町田市で債権者登録をしていない場合			
<input type="checkbox"/> 債権者(振込口座)登録依頼書			
※町田市から代金等の支払を受ける場合は債権者登録が必要です。登録有無や登録内容が不明の場合については、必ず添付してください。			
5	連絡先	法人名	
		所在地	〒
		担当者名	
		メールアドレス	

添付した書類に☑を
入れてください。

交付決定通知の送付先になります。
申請内容の確認の連絡先や
日中連絡のとれる担当者でお願いします。
必ずご記入ください。

(第1号様式別紙)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付申請に係る
承諾書兼誓約書

- 1 町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金交付要領に定める条件に合致しております。
- 2 申請金額に相違ありません。虚偽等が判明した場合は、補助金の返還に応じます。
- 3 事業完了後に消費税及び地方消費税の申告によりこの補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合は、速やかに市長に報告します。
なお、申請者が全国的に事業を展開する組織の支部（または支社、支所等）であって自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部（または本社、本所等）で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行います。

- 4 申請日と同じ日を記載してください。障害福祉サービス等の指定を有しており、

- 5 交付後においても、指定された書類等の提出の求めに応じます。

年 月 日

上記1～4の内容をよくお読みいただき、
代表者氏名等を記載し、代表者印を押印し
てください。
社印ではありませんのでご注意ください。

所在地	東京都町田市森野●丁目●
法人名	●●●●法人 ●●●●会
代表者氏名	●●●● ●●●●
	⑨

(第1号様式別表)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金 請求書

この場合、
A・B・C事業所は、次回の検査を受けられますが
次回検査の補助は残額以内となります。

法人名

No.	事業所名	サービス種別 (選択してください)	〒	所在地	※1,000円未満は切り捨てます			
					検査機関の 領収書金額	上限額	補助金額	残額 (繰り越し額)
1	A事業所	共同生活援助	***-****	町田市〇〇町1-1-1	77,777	100,000	77,000	23,000
2	B事業所	共同生活援助	***-****	町田市〇〇町2-2-2	88,888	100,000	88,000	12,000
3	C事業所	短期入所	***-****	町田市〇〇町3-3-3	99,999	100,000	99,000	1,000
4	D事業所	生活介護	***-****	町田市〇〇町4-4-4	111,111	100,000	100,000	0
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

サービス種別を選択すると、
サービスごとの上限額を確認できます。

「補助金額」は、申請の金額に応じ
上限額以内で確定します。
検査費用が上限額を超えた場合でも、
補助金は上限額までとなります。

補助金額の確定は、
第2号様式「補助金交付決定通知書」
でご確認ください。

(第1号様式別表2)

町田市障がい者施設PCR検査等強化事業補助金 領収書番号票

法人名 社会福祉法人 ●●会

領収書番号	検査実施日	医療機関または検査機関名	受診人数 (人)			金額 (円)
			職員	利用者	利用予定者	
1	2021/4/20	株式会社PCR検査センター町田	4	2	1	77,777
2	2021/4/21	町田PCR検査センター	4	4	0	88,888
3	2021/4/22	町田新型コロナPCR検査センター	3	6	0	99,999
4	2021/4/23	町田PCR検査センター	10	0	2	111,111
5						
6						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

(別表)請求票と番号を合わせてください。

支払った金額です。
上限額ではありませんので、ご注意ください。

債権者(振込口座)登録依頼書

年 月 日

記入例

様

* 相手方番号 (債権者コード)														
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

住所	〒 1 9 4 - 8 5 2 0 東京都町田市森野2丁目●番●号												
法人名フリガナ	●●ハウジン ●●カイ												
法人名	●●法人 ●●会											印	
氏名フリガナ	●ヤマ ●ロウ												
氏名 (代表者氏名)	理事長 ●山 ●郎											印	
電話番号	0 4 2 - 7 2 2 - ●●●●											記入不要	
FAX番号	0 4 2 - 7 2 2 - ●●●●												

私が町田市から受ける支払金については、今後は下記の口座へお振り込みください。
 なお、本依頼書に記入した事項に関しては、町田市の財務会計システム（OA機器）に登録することを承諾いたします。

振込先	金融機関名	●● 銀行 本店 信用金庫 ●● 信用組合 農協 支店										
	預金種別	普通・当座・貯蓄・()	口座番号	0	0	0	1	2	3	4		
	フリガナ	●●ハウジン ●●カイ										
	口座名義	●●法人 ●●会										

(注意)

- 1 個人商店の方は、屋号を法人名欄に、事業主名を氏名欄に記入してください。
- 2 個人の方は、法人名欄は記入しないでください。
- 3 法人の方は、社印と代表者印を、個人の方は請求書に使用する印を押してください。
- 4 法人の場合で、代理人(支店、営業所等の長)の届出をされている場合は、その所在地支店(営業所)名、役職名、氏名を記入し、使用する印を押してください。
- 5 生年月日欄は、個人の場合に記入してください。(法人の場合は、必要ありません。)
- 6 口座番号は右詰めで記入してください。
- 7 *印欄は記入しないでください。

* 担当部課名 (電話番号)	()
----------------	-----

* 担当課		
係	係長	課長

* 会計課		
係	審査係長	課長

受付印