

計画書(秋田県障害福祉従事者処遇改善緊急支援補助金【障害児サービス向け様式】)  
基本情報入力シート

別紙様式3

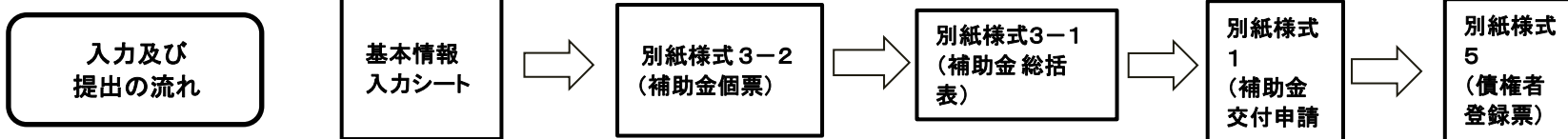
●はじめに本シート(基本情報入力シート)の黄色セルに入力することで、申請対象となる事業所等に関する基本的な情報が、各シートに自動的に転記されます。

【重要】

本計画書は、秋田県障害福祉従事者処遇改善緊急支援補助金(以下「補助金」という。)の障害児サービス向け申請様式です。

- 自動転記の仕組みを活用するため、下記の作業フローに基づき、シートを完成させてください。
- 「提出先の自治体名」を記入すると、別紙3-1から3-2までの「提出先」欄も、自動で更新され提出先が正しく記入されていることを必ずご確認ください。

※表示されている全てのシートを必ずご確認ください。



各都道府県ごとに作成し、提出してください。

※別紙様式5記載口座の通帳等写し(金融機関名・店名・口座番号・口座名義(氏名カナ)が確認できるページ)を併せて提出してください。

1 提出先に関する情報

補助金の届出に係る提出先(事業所の所在地の都道府県)を選択してください。

提出先の都道府県名	秋田県
-----------	-----

2 基本情報

下表に必要な事項を入力してください。記入内容が各様式に反映されます。

法人名	フリガナ	ユウゲンガイシャトータルケアイツシンドウ	
	名称	有限会社トータルケアー心堂	
法人住所	〒	017	0803
	住所1(番地・住居番号まで)	秋田県大館市東台2丁目1-75-2	
	住所2(建物名等)		
法人代表者	職名	代表取締役社長	
	氏名	丸山朋也	
法人番号		2410002008691	
書類作成担当者	フリガナ	マルヤマタカヤ	
	氏名	丸山貴也	
連絡先	電話番号	0186-44-4575	
	E-mail	issindounai@gmail.com	

3 計画書の記載内容や補助金の支払に係る情報

本障害福祉従事者処遇改善緊急支援事業計画書の記載内容に虚偽がないこと及び記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

(以下のどちらか一つの支給希望時期にチェック(✓)すること。  
令和8年3月末までの支給を希望する場合、事業実施時期に関する項目もチェック(✓)すること。)

<input checked="" type="checkbox"/>	本補助金について、令和8年3月末までの支給を希望します。(スケジュールAで申請する場合チェック(✓)すること。)
<input checked="" type="checkbox"/>	(令和8年3月末までの支給を希望する場合にチェック(✓)) 令和8年3月末までに支給を受けた場合には、令和8年3月末までに賃金改善を実施する必要があることを理解しています。
<input type="checkbox"/>	本補助金について、令和8年4月以降の支給を希望します。(スケジュールBで申請する場合チェック(✓)すること。)

秋田県障害福祉従事者処遇改善緊急支援補助金の支払に係る振込口座情報の提供に同意します。

令和 8年  月  日  
法人名 有限会社トータルケアー心堂  
代表者 職名 代表取締役社長 氏名 丸山朋也

【記入上の注意】  
・各証明資料は、都道府県又は指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。  
・本表への虚偽記載の他、補助金の請求に関して不正があった場合は、補助金を返還することとなる場合がある。



22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
32								
33								
34								
35								
36								
37								
38								
39								
40								
41								
42								
43								
44								
45								

46								
47								