

(様式1)

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事 殿

「住所」：施設の住所はNG
「法人(団体)名」：施設の名称はNG

補助事業者 住所 法人の住所
法人(団体)名 法人名のみ
代表者氏名 役職+氏名(フルネーム)

令和4年度

令和〇〇年度神奈川県地域医療介護総合確保基金(介護分)事業費補助金交付申請書

このことについて、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 補助事業名 介護ロボット導入支援事業
- 2 交付申請額 金〇〇〇,〇〇〇円
- 3 補助金所要額調書 (様式2)
- 4 事業計画書 (様式3)

「様式2:令和4年度神奈川県地域医療介護総合確保基金事業費補助金所要額調書」における「J欄(差引補助金所要額)の合計」

5 添付書類

- (1) 役員等氏名一覧表(様式1 付表)
- (2) 申請者の概要を記した書類
- (3) 介護保険法に基づき介護サービス事業所又は施設として指定又は許可を受けたことを証する書類(有効期間内のもの)
- (4) 導入するロボットのカタログ等
- (5) 見積書の写し
- (6) その他知事が必要と認める書類

添付書類はすべてデータ提出のみ

「事業所名(介護施設名)」と「担当者名」も記入する。
責任者と担当者が同じ場合はまとめて記載。

【本件責任者及び担当者】

責任者：〇〇部〇〇課 〇〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇

担当者：〇〇部〇〇課 〇〇〇
電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
メールアドレス〇〇〇〇@〇〇〇〇