**備品等助成申請書**

申請日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** | | |  | | | 所在地　〒 | | | |
| **申請施設名**  （正式名称を記載） | | |  | | |
| **施設の代表者の**  **役職・氏名** | | |  | | ㊞ | TEL： | | FAX： | |
| **申請の担当者名** | | |  | | | E-mail： | | | |
| **フリガナ** | | |  | | | 所在地　〒 | | | |
| **法人名**  （正式名称を記載） | | |  | | |
| **法人の代表者の**  **役職・氏名** | | |  | | ㊞ | TEL： | | FAX： | |
| **申請施設の概要** | 申請施設の設立年月日 | | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 | | | 障がい者数　　　　名、　その他　　　　名  職員数　　　　　　名、　計　　　　　　名 | | | |
| 障がい種別  事業形態 | | 該当項目を選択してください。（他は削除してください）  知的・精神・身体・その他（　　　　　　　　　　　　　）  生活介護・短期入所・日中一時・施設入所・自立支援・就労移行・就労継続A・就労継続B・GH  相談支援・児童発達支援・放課後等デイサービス・地域活動支援センター・その他（　　　　　　　　） | | | | | | |
| 現在の施設の活動内容、または今後取り組みを予定している活動内容を記入してください。 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ※施設が就労移行支援・就労継続支援Ａ型・就労継続支援Ｂ型の場合には、一日の作業人数・作業時間、一か月の平均  工賃も記載してください。 | | | | | | | | |
| **申請する物品名と理由** | 物品名 |  | | | | | | | |
| 理由 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **物品の経費** | 物品名 | | | ① 総予算額  円  ※消費税込み金額 | | | ② 自己負担額  円  ※①－③ | | ③ 申請する助成額  円  ※総予算額の80％  ただし､100万円まで  (千円未満切上げ) |
| **通信欄** |  | | | | | | | | |

※申請理由等が記入欄に書ききれない場合は、別途用紙に記入してください。

**申請チェックシート**

**※ チェック項目に該当するかご確認及びご記入いただき、申請書に添付の上ご提出願います。**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請施設名 ：** |  |
| **法人名 ：** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | チェック項目 | ﾁｪｯｸ欄 |
| **● 助成要件について** | | |
| １ | 新潟県内の障がい者福祉施設、就労支援活動や共同生活援助事業を運営する法人または団体  （任意団体も可）である。社会福祉法人、特定非営利活動法人等 |  |
| ２ | 申請者は、新潟県や市町村の指定管理者ではない。または、補助事業の受託もしていない。 |  |
| ３ | 申請者（施設）の事業所種別のそれぞれの活動は週３日以上である。 |  |
| ４ | 地方公共団体、株式会社等の営利目的団体や企業ではない。 |  |
| ５ | 法人の直下の施設である。※施設の下部組織（事業所）は法人の直下の施設より申請可。 |  |
| ６ | 同建物の複数の施設からの申請ではない。※同建物からは１施設のみ。 |  |
| ７ | 本申請と同様の申請を当財団以外の助成団体に現在申請していない。 |  |
| ８ | 同一案件で他の団体から助成を受けたもの。または受けるものではない。 | R6年度は高齢化による重度化への支援として介護ﾍﾞｯﾄﾞ等が優先的に助成されるので  この文言は削除？ |
| ９ | 事前購入したものではない。 |  |
| 10 | 直近２年連続で助成を受け、今回３年連続の申請ではない。※２年連続は「可」。 |  |
| 11 | 同一年度内で既に助成を受けた施設ではない。※申請は年１回（原則）である。 |  |
| 12 | 備品等助成と施設整備助成の重複申請ではない。 |  |
| 13 | 運営費（家賃・人件費）、或いはそれに類するものではない。 |  |
| 14 | 障がい者の就労支援や生活環境の向上に当たるものである。 |  |
| 15 | 障がい者の個人用に供するものではない。※但し、電動ベッド等は助成対象とする。 |  |
| 16 | 施設職員が使用するものではない。 |  |
| 17 | 車両について過去に当財団より助成を受けた実績がない。また､１法人で１台の申請である。 |  |
| 18 | 蛍光管などの日用消耗品ではない。※1万円以下の備品も消耗品扱いとし申請対象外。 |  |
| 19 | 防犯カメラ・ＡＥＤ装置ではない。 |  |
| **● 提出書類について** | | |
| 20 | 申請書（最新の様式）の各項目は全て記載があるか。 |  |
| 21 | 下記の書類は添付されてあるか。  ・見積書（有効期限が申請日から３か月以内）  ・施設の事業内容がわかるパンフレット又はホームページのコピーなど  ・車両を申請する場合は、法人で所有している車両の一覧表  ・申請する備品等のカタログやパンフレット（対象ページのみ） |  |
| **● 見積金額について** | | |
| 22 | 見積金額は税込み金額か。 |  |
| 23 | 車両の場合は名入れ代金を含んだ見積金額か。 |  |
| 24 | リサイクル料金が必要な家電製品の入れ替え時は、リサイクル料金を含んだ見積金額か。 |  |