**新設グループホーム助成（備品等）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 | 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（　　　　　　　　　　　　　） |
| 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。 |
|  |
| **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 | 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。 |  |
| ４ | 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。 |  |
| ５ | 今年度新設されるグループホームである。※建物の完成も今年度中である。 |  |
| ６ | 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。 |  |
| ７ | 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。 |  |
| ８ | 事前購入したものではない。 |  |
| ９ | 備品等助成と施設整備助成の重複申請ではない。 |  |
| 10 | 障がい者の生活環境の向上に当たるものである。 |  |
| 11 | 車両の申請ではない。※車両は対象外 |  |
| 12 | 施設職員が使用するものではない。 |  |
| 13 | 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。 |  |
| 14 | 防犯カメラ・ＡＥＤ装置ではない。 |  |
| **● 提出書類について** |
| 15 | 申請書（最新の様式）の各項目は全て記載があるか。 |  |
| 16 | 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・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** |
| 17 | 見積金額は税込み金額か。 |  |