

# 1 「本申請書の使い方」で申請の流れを確認する

最初に、「本申請書の使い方」を読み、申請の流れを確認してください。

【障害】様式1、2、3補助金交付申請書兼実績報告書.xlsx - Excel

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 アドイン ヘルプ DocuWorks 実行したい作業を入力してください

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2		本申請書の使い方					
3		令和3年度障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業					
4		補助金交付申請の流れ					
5							
6							
7		手順	都道府県の作業	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業		
8		1	本Excelを管内の事業者・事業所に配布				
9		2		申請書の提出先（国保連orコールセンター）について確認 ≪障害介護給付費等の報酬を国保連にオンライン申請している場合≫ →国保連にオンライン申請する。 ≪国保連からの報酬受入れ口座が債権譲渡されているなど、国保連にオンライン申請できない場合≫ →コールセンター経由で県に申請する。			
10		3		本Excelを各事業所に配布し、個票のシートを記入するように依頼			
11		4				個票シート（個票●）の着色セルを入力（黄色セル：必要情報の入力・該当する取組内容のチェック）し、事業者（法人本部）へ返送	
		5		各事業所から回収した個票の入力内容を確認 各事業所の申請先が同一都道府県知事となっているか確認。			

（はじめにお読みください）本申請書の使い方

準備完了



## 2 事業所別に個票を作成する

まず個票を作成し、その後、総括表を作成します。

【障害】様式1、2、3補助金交付申請書兼実績報告書（国保連）.xlsx - Excel

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 アドイン ヘルプ DocuWorks 実行したい作業を入力してください

G1

1	(様式3)事業所・施設別個票			
2				
3	フリガナ			事業所番号
4	事業所・施設の名称			
5	サービス種別	定員		人
6	事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) ※定員は療養介護、施設入所支援、障害児入所施設のみ記載		
7				
8	連絡先	電話番号	E-mail	
9	管理者の氏名			
10	税抜きの金額を記載してください。(消費税は補助対象外です。)			
11	<積算内訳>	基準単価	円	所要額
12	品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

※サービス種別をプルダウンで選択後は、以下にある該当種別をコピーし。  
(貼り付け方法)  
1 該当種別のセルを右クリックし。  
2 左のサービス種別の入力欄を右

1,000円未満の場合は申請できません。  
**申請できません**

「サービス種別」を選択することで、基準額が表示されます。

所要額が、1000円未満の場合、申請額がゼロとなります。  
※1,000円未満は申請できません。

(はじめにお読みください) 本申請書の使い方 総括表 申請額一覧 **個票1** +

準備完了

# 3 個票の記入例（1）入所施設の場合

クリーム色に着色されたセルに入力します。

(様式3) 事業所・施設別個票

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	ショウガイシャシエンシセツ マルマルノハナ		事業所番号	
	事業所・施設の名称	障害者支援施設 ○○の花			1234567890
	サービス種別	施設入所支援（定員61人以上）	定員	70	人
	事業所・施設の所在地	（郵便番号 330 - 0063 ） さいたま市浦和区高砂 3-15-1		※定員は、施設入所支援、 障害児入所施設のみ	
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	管理者の氏名	高砂 次郎			

施設名・事業所名を入力してください

入所施設については定員数を入力してください

プルダウンメニューから選択します

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	基準単価	所要額
			40,000 円	44,000 円
アルコール消毒液	13,200	ポンプタイプ10×20		
PVC手袋(Mサイズ)	12,800	1箱(100枚入り)×10		
PVC手袋(Lサイズ)	12,800	1箱(100枚入り)×10		
パルスオキシメーター	5,980	1個		
合計①	44,780			

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます

実際に購入した物品の品目名、所要額（消費税額を除く）、数量等を記載します

税抜きの金額を入力してください。  
(消費税は補助対象外です。)

所要額が、1,000円未満の場合、申請額がゼロとなります。※1,000円未満は申請できません。

### 3 個票の記入例（2）通所事業所等の場合

クリーム色に着色されたセルに入力します。

(様式3) 事業所・施設別個票

事業所・施設の状況	フリガナ	デイセンターマルマルノサト		事業所番号	
	事業所・施設の名称	デイセンター〇〇の里			1234567891
	サービス種別	生活介護	定員		人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 332 - 0031 )		※定員は、介護施設入所支援、障害児入所施設のみ	
		川口市青木2-1-1			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
管理者の氏名	青木 みゆき				

施設名・事業所名を入力してください

通所事業所については定員数は入力不要です

プルダウンメニューから選択します

< 積算内訳 >

		基準単価	14,000 円	所要額	19,000 円
品目(マスク等)	所要額(円)	数量等			
アルコール消毒液	6,600	ポンプタイプ10×10			
PVC手袋(Mサイズ)	6,400	1箱(100枚入り)×5			
PVC手袋(Lサイズ)	6,400	1箱(100枚入り)×5			
合計①	19,400				

税抜きの金額を入力してください。(消費税は補助対象外です。)

実際に購入した物品の品目名、所要額(消費税額を除く)、数量等を記載します

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます

所要額が、1,000円未満の場合、申請額がゼロとなります。※1,000円未満は申請できません。

# 3 個票の記入例（3）国保連経由の申請の場合

クリーム色に着色されたセルのプルダウンから○を選択します

医療機関向けと介護サービス向けの同様の補助金を重複申請していないか確認するものです。

誓約事項の内容について確認していただき、間違いなければプルダウンメニューから○を選択してください

国保連経由の申請の場合、口座情報について同意及び確認が必要です

誓約事項	
<input type="radio"/>	<p>以下に掲げる施設・事業所について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金の交付を受けていない。又は以下に掲げる施設・事業所ではない。</p> <p>・医療機関である療養介護事業所      ・医療機関である医療型児童発達支援事業所      ・医療機関である医療型障害児入所施設</p> <p>以下に掲げる施設・事業所について、令和3年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業における介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業の助成金交付を受けていない。又は以下に掲げる施設・事業所ではない。</p> <p>(1) 介護保険サービスの事業所指定を受けている以下の事業所                  ・居宅介護(共生型・基準該当を含む)      ・重度訪問介護(共生型・基準該当を含む)      ・同行援護(基準該当を含む)      ・行動援護(基準該当を含む)</p> <p>(2) 共生型又は基準該当である以下の事業所                  ・生活介護(共生型・基準該当)      ・短期入所(共生型・基準該当)      ・自立訓練(機能訓練)(共生型・基準該当)      ・自立訓練(生活訓練)(共生型・基準該当)      ・児童発達支援(共生型・基準該当)      ・放課後等デイサービス(共生型・基準該当)</p>
<input type="radio"/>	この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="radio"/>	この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="radio"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

口座情報					
<input type="radio"/>	<table border="1"> <tr> <td>国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する</td> <td>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)</td> </tr> <tr> <td>国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない</td> <td>債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。</td> </tr> </table>	国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)	国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)				
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。				

# 3 個票の記入例（４）コールセンター経由申請の場合

クリーム色に着色されたセルのプルダウンから○を選択します

医療機関向けと介護サービス向けの同様の補助金を重複申請していないか確認するものです。

誓約事項の内容について確認していただき、間違いなければプルダウンメニューから○を選択してください

誓約事項	
○	<p>以下に掲げる施設・事業所について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金の交付を受けていない。又は以下に掲げる施設・事業所ではない。</p> <p>・医療機関である療養介護事業所      ・医療機関である医療型児童発達支援事業所      ・医療機関である医療型障害児入所施設</p> <p>以下に掲げる施設・事業所について、令和3年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業における介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業の助成金交付を受けていない。又は以下に掲げる施設・事業所ではない。</p> <p>(1) 介護保険サービスの事業所指定を受けている以下の事業所</p> <p>・居宅介護(共生型・基準該当を含む)      ・重度訪問介護(共生型・基準該当を含む)      ・同行援護(基準該当を含む)      ・行動援護(基準該当を含む)</p> <p>(2) 共生型又は基準該当である以下の事業所</p> <p>・生活介護(共生型・基準該当)      ・短期入所(共生型・基準該当)      ・自立訓練(機能訓練)(共生型・基準該当)      ・自立訓練(生活訓練)(共生型・基準該当)      ・児童発達支援(共生型・基準該当)      ・放課後等デイサービス(共生型・基準該当)</p>
○	この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
○	この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
○	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

コールセンター経由の申請の場合、口座情報の欄は空欄としてください。

口座情報	
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

### 3 個票の記入例（5）プルダウンにサービスが無い場合

サービス種別のプルダウンメニューに該当するサービスが無い場合、次のとおり入力します。

サービス種別	入力方法
宿泊型自立訓練	「自立訓練（生活訓練）」を選択してください。
就労移行支援（養成施設）	「就労移行支援」を選択してください。
重度障害者等包括支援	「居宅介護」を選択してください。

#### 【記入例】 宿泊型自立訓練の場合

自立訓練（生活訓練）を選択します。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	マルマルソウ		事業所番号	
	事業所・施設の名称	〇〇荘			1234567894
	サービス種別	自立訓練（生活訓練）	定員		人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 362 - 0809 )		※定員は療養介護、施設入所支援、障害児入所施設のみ記載	
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	管理者の氏名	桶川 三郎			

一つの事業所で、宿泊型自立訓練と自立訓練（生活訓練）を実施している場合であって、両方のサービスについて補助金を申請する場合、サービス種別が「自立訓練（生活訓練）」の個票を2つ作成し、申請してください。事業所番号も同一となります。

- 例 個票1 宿泊型自立訓練分 → サービス種別は「自立訓練（生活訓練）」  
個票2 自立訓練（生活訓練）分 → サービス種別は「自立訓練（生活訓練）」

# 4 個票の集約（1法人で複数事業を運営している場合）

事業所ごとに作成した個票を一つのファイルにまとめ、シート名を  
個票 1、個票 2、個票 3 ～と連番になるよう変更します。

※サービス種別をプルダウンで選択  
場合は、以下にある該当種別をコピー  
（貼り付け方法）  
1 該当種別のセルを右クリックし  
2 左のサービス種別の入力欄を右

1,000円未満の場合は申請できません。

OK

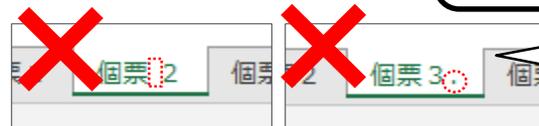
「サービス種別」を選択することで、基準  
額が表示されます。

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等
アルコール消毒液	13,200	ポンプタイプ1ℓ×20
PVC手袋(Mサイズ)	12,800	1箱(100枚入り)×10
PVC手袋(Lサイズ)	12,800	1箱(100枚入り)×10
パルスオキシメーター	5,980	1個

（はじめにお読みください） 本申請書の使い方 | 総括表 | 申請額一覧 | **個票 1** | 個票 2 | 個票 3 | 個票 4 | 個票 5

※ 1法人1事業の場合、この作業は必要ありません。

シート名を「個票 1」「個票 2」と連番にします。  
（記入例は1法人で5事業分申請する場合）



シート名にスペースが入っていたり、ピリオドなど不要な  
文字があったりするとエラーになり、集計されません。

# 5 申請額一覧の確認

シート名を正しく変更すると、申請額一覧シートに、各個票に入力したデータが反映されます。  
(申請額一覧シートに、申請者が入力する欄はありません。)

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果 (都道府県記入)
1	障害者支援施設 ロロの花	1234567890	就業介護(定員6人以上)	048-XXX-XXXX	さいたま市浦和区員町3-15-1	社会福祉法人〇〇会	40,000	44,000	40,000	国保連へ申請
2	デイセンター〇〇の里	1234567891	生活介護	048-XXX-XXXX	川口市青木2-1-1	社会福祉法人〇〇会	14,000	19,000	14,000	国保連へ申請
3	デイセンター〇〇の里	1234567891	就労継続支援B型	048-XXX-XXXX	川口市青木2-1-1	社会福祉法人〇〇会	7,000	13,000	7,000	国保連へ申請
4	相談支援センター大宮〇〇	1234567892	計画相談支援	048-XXX-XXXX	さいたま市大宮区歩影町1-104-1	社会福祉法人〇〇会	3,000	6,000	3,000	国保連へ申請
5	さもダイヤ・ビスマロキス	1234567893	放課後等デイサービス	048-XXX-XXXX	上尾市本町3-1-1	社会福祉法人〇〇会	7,000	13,000	7,000	国保連へ申請
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

個票に入力したデータと一致しているか、確認してください。

総括表の申請者の名称欄に入力すると、自動的に表示されます。

M列に「国保連へ申請」又は「県へ申請」が表示されると、一覧表に個票のデータが表示されます。

# 6 総括表の記入例（1）

総括表に法人名等を入力します

(様式1) 総括表

令和3年度障害福祉サービス施設・事業所等における  
補助金交付申請書兼実績報告書 対策支援事業

(宛先)

埼玉県知事 大野 元裕

令和 4 年 1 月 11 日

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	シャカイフクシハウジン マルマルカイ			
	名称	社会福祉法人 ○○会			
	所在地	(郵便番号 330 - 0063 )			
		さいたま市浦和区高砂3-15-1			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	<a href="mailto:xxx@marumarukai.jp">xxx@marumarukai.jp</a>
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	彩野 国男
	申請に関する担当者	職名	事務長	氏名	浦和 花子

・法人の名称を記載してください。

記載例：特定非営利活動法人○○ネットワーク  
△△△株式会社

申請担当者に連絡がとれる電話番号とアドレスを記載してください。

この補助金の申請担当者を記載してください。

代表者の職名・氏名を記載してください。

記載例：代表理事 △△ 三郎、代表取締役社長 ▽▽ 和子

# 6 総括表の記入例（2）

申請内容が、申請額一覧や個票のデータと一致しているか確認します。

申請内容

障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
通所系	1 療養介護（定員40人以下）	0 か所	0 円
	2 療養介護（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	3 療養介護（定員61人以上）	1 か所	40,000 円
	4 生活介護	1 か所	14,000 円
	5 自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 円
	6 自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 円
	7 就労移行支援	0 か所	0 円
	8 就労継続支援A型	0 か所	0 円
	9 就労継続支援B型	1 か所	7,000 円
	10 就労定着支援	0 か所	0 円
	11 自立生活援助	0 か所	0 円
	12 児童発達支援	0 か所	0 円
	13 医療型児童発達支援	0 か所	0 円
	14 放課後等デイサービス	1 か所	7,000 円
小 計		4 か所	68,000 円
短期入所	15 短期入所	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
入所・居住系	16 施設入所支援（定員40人以下）	0 か所	0 円
	17 施設入所支援（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	18 施設入所支援（定員61人以上）	0 か所	0 円
	19 共同生活援助（介護サービス包括型）	0 か所	0 円
	20 共同生活援助（日中サービス支援型）	0 か所	0 円
	21 共同生活援助（外部サービス利用型）	0 か所	0 円
	22 福祉型障害児入所施設（定員40人以下）	0 か所	0 円
	23 福祉型障害児入所施設（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	24 福祉型障害児入所施設（定員61人以上）	0 か所	0 円
25 医療型障害児入所施設（定員40人以下）	0 か所	0 円	
26 医療型障害児入所施設（定員41人～60人）	0 か所	0 円	
27 医療型障害児入所施設（定員61人以上）	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円

申請額一覧に表示された分が、自動的に総括表に表示されます。入力の必要はありません。

## 6 総括表の記入例（3）

申請内容が、申請額一覧や個票のデータと一致しているか確認します。  
注意事項を確認したら、チェックボックスにチェックを入れます。

障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業			事業所・施設数	申請額
訪問系	28	居宅介護	0 か所	0 円
	29	重度訪問介護	0 か所	0 円
	30	同行援護	0 か所	0 円
	31	行動援護	0 か所	0 円
	32	居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 円
	33	保育所等訪問支援	0 か所	0 円
小 計			0 か所	0 円
相談系	34	計画相談支援	1 か所	3,000 円
	35	地域移行支援	0 か所	0 円
	36	地域定着支援	0 か所	0 円
	37	障害児相談支援	0 か所	0 円
小 計			1 か所	3,000 円
合 計			5 か所	71,000 円

申請額一覧に表示された分が、自動的に総括表に表示されます。  
入力の必要はありません。

合計額を確認してください。

注意事項 ※内容を確認の上、確認した場合はチェックを入れてください。

- 「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」に規定する暴力団員が代表者、構成員である団体は補助金を申請できません。
- 申請内容に虚偽が判明した場合は、当該補助金の返納に加え、規則に定める加算金及び延滞金を県に納付します。

注意事項を確認し、チェックボックスにチェックを入れてください。

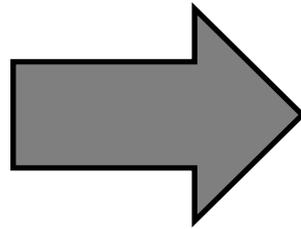
# 7 国保連へのオンライン申請

国保連へオンライン申請する場合は、以上で申請書は完成です。

障害者総合支援電子請求システムにアクセスし、エクセルファイルをアップロードして申請してください。

ファイル名を、代表となる事業所の事業所番号に変更してください。

  
kansenbo  
shiyoshiki  
123.xlsx



  
11560XXX  
XX.xlsx

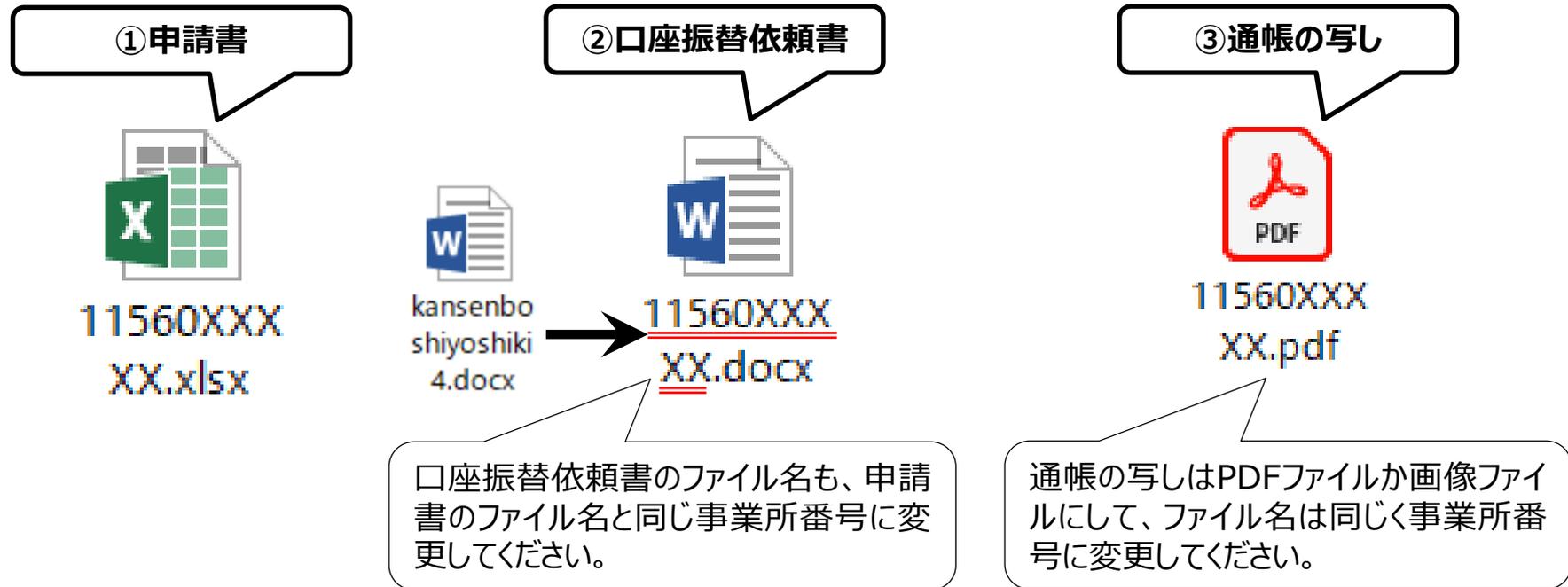
アップロード

ファイル名を事業所番号に変更します。

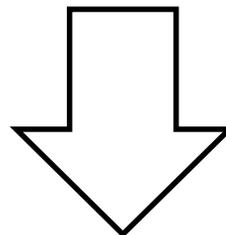
アップロードの仕方など操作方法については、障害者総合支援電子請求ヘルプデスク（電話番号：0570-059-403）にお問合せください。

# 8 口座振替依頼書の作成

コールセンターに申請する場合は、申請書に加えて「口座振替依頼書」と、通帳の写しが必要です。



口座振替依頼書の記入例は、次のページから始まりますので参照してください。



# 9 口座振替依頼書の記入例（1）

コールセンターに申請書を提出する場合は口座振替依頼書が必要です。

様式4（第5条関係）

## 口座振替依頼書

令和 4年 1月 11日

(宛先)

埼玉県知事 **大野 元裕**

法人所在地 **埼玉県〇〇市△△町◇-◇-◇**

法人名 **社会福祉法人〇〇会**

代表者  
役職・氏名 **理事長 ◇◇ ▼▼**

埼玉県障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業補助金について、下記の口座に口座振替の方法により支払われたく請求します。

記

金融機関名 及び支店名	△△▼▼	銀行 信用金庫 農協	〇〇駅前	支店 出張所 支所			
支店コード			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>		
口座の種別	普通当座（いずれかに○をつける）						
口座番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
カナ名義	フク) マルマルカイ						
口座名義	社会福祉法人 〇〇会						

法人名が、申請書の法人名と一致している必要があります。

代表者氏名が、申請書の代表者氏名と一致している必要があります。

通帳に記載されているカナ名義をそのまま記載してください。

口座名義が、上記の法人名及び申請書の法人名と一致している必要があります。

# 9 口座振替依頼書の記入例（2）

口座振替依頼書に記載した口座の預金通帳の写しをスキャンし、PDFファイル等で添付してください。

様式4（第5条関係）

## 口座振替依頼書

令和 4年 1月 11日

(宛先)

埼玉県知事 **大野 元裕**

法人所在地 **埼玉県〇〇市△△町◇-◇-◇**

法人名 **社会福祉法人〇〇会**

代表者

役職・氏名 **理事長 ◇◇ ▼▼**

埼玉県障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業補助金について、下記の口座に口座振替の方法により支払われたく請求します。

記	
金融機関名 及び支店名	<b>△△▽▽</b> <b>銀行</b> 信用金庫 農 協 <b>〇〇駅前</b> <b>支店</b> 出張所 支 所
支店コード	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b>
口座の種別	<b>普通</b> 当座（いずれかに○をつける）
口座番号	<b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b> <b>6</b> <b>7</b>
カナ名義	<b>フク) マルマルカイ</b>
口座名義	<b>社会福祉法人 〇〇会</b>

COPY  
(PDFファイル)

添付

※ 通帳の表紙ではなく、金融機関の名称、口座番号、名義人が記載されている通帳の先頭の見開きページの写しを添付してください。

# 9 口座振替依頼書の記入例（3）ゆうちょ銀行の場合

ゆうちょ銀行の場合は、口座振替依頼書の下部の専用欄に記入してください。

ゆうちょ銀行	店番						
		<b>0</b>	<b>3</b>	<b>8</b>			
口座番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
カナ名義	フク) マルマルカイ						
口座名義	社会福祉法人 ○○会						

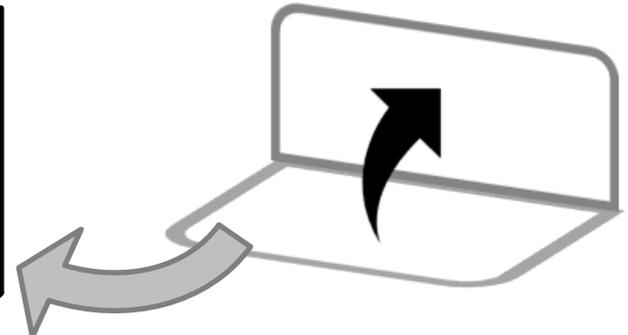
口座番号は7桁です。

通帳の先頭の見開きページの下部にある、**振込用の店番、口座番号**を記入してください。

※ ゆうちょ銀行の「記号・番号」は記入しないでください。  
「記号・番号」を記載した場合、補助金を振り込むことができません。

※ 通帳の先頭の見開きページの写しの添付も忘れずをお願いします。

COPY  
(PDFファイル)



# 10 コールセンターへ申請書の提出

コールセンターへ申請書を提出する場合は、以上で申請書類は完成です。  
電子メールにファイルを添付して申請してください。

✉ コールセンターメールアドレス    info@s-kansen-shogai.com

<電子メールに添付するファイル>

- 補助金交付申請書兼実績報告書（様式1、2、3）（エクセルファイル）
- 口座振替依頼書（様式4）（ワードファイル）
- 通帳の写し（PDFファイル等）

## 【重要】

コールセンターに電子メールで申請書が届いた場合、**10日以内に受領確認の返信メールがあります。**

もし、**10日が経過しても受領確認メールが届かない場合**は、コールセンターに電話でお問合せください。

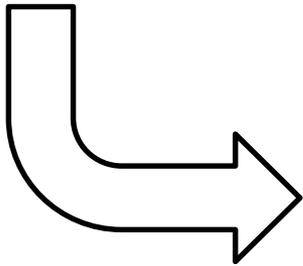
【電子メールによる提出ができない場合】

郵送による提出を希望する場合は、コールセンターに電話でお問合せください。

# 問合せ先

## 問合せ内容

- 感染防止対策支援事業補助金の支給要件、制度概要
- 申請書の入手方法、申請書の記入方法、申請内容に不備があった場合の対応

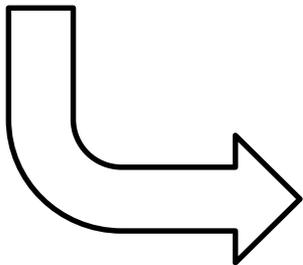


埼玉県感染防止対策支援事業コールセンター（障害）

- 電話番号：050-8882-6688
- 電話番号：044-741-3023（上記番号でつながらない場合）
- 受付時間：9:00～17:30（土日祝日を除く）
- メールアドレス：[info@s-kansen-shogai.com](mailto:info@s-kansen-shogai.com)

## 問合せ内容

- 障害者総合支援電子請求システムを利用した申請手順の案内
- システムの操作方法、ログイン方法、申請書のアップロード手順・確認
- 支払通知書の取得、確認方法



障害者総合支援電子請求ヘルプデスク

- 電話番号：0570-059-403
- 受付時間：平日 10:00～20:00  
土日祝日 10:00～17:00