

様式第1号（第6条関係）

埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業補助金
交付申請書

第 号
令和7年4月〇日

（宛先）
埼玉県知事

（申請者）
所在地 さいたま市浦和区高砂〇—●
法人等の名称 社会福祉法人埼玉〇〇
代表者職氏名 理事長 埼玉 太郎

下記により、埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業補助金の事業補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

		記	
1	補助金交付申請額	金	1943600 円
2	申請額算出内訳		別紙1のとおり
3	口座振込申出書		別紙2のとおり
4	光熱費に係る種別の申出書		別紙3のとおり
5	申請に係る施設・事業所の事業開始を確認できる書類		

（※指定申請書の写し等を添付）

自動計算です。

【連絡先】

部署名	障害グループ
担当者氏名	埼玉 次郎
電話番号	048-830-〇〇〇〇
e-mail	〇〇@pref.saitama.lg.jp

申請額算出内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	住所 (市・町名)	住所 2 (区名以下)	サービス種別	事業開始日	交付対象数 (A) 入所施設 → 定員数	交付単位 人 事業所 住居	ガス	補助単価 (B)	プロパン ガスの場 合、控除	申請額 (A×B)
記入例 1	222222222	世界埼玉にゆうしよ施設	縄文市	南区まがたま町 1 - 2 - 3	福祉型障害児入所施設	R26.1.1	55	人	プロパンガス	18,700	1,500	#####
記入例 2	111122222	川口にゆうしよ施設	AB市	南区南町 1 - 2 - 3	医療型障害児入所施設	H28.1.1	40	人	プロパンガス	18,700	1,500	746,500
1	111122222	川口にゆうしよ施設	AB市	南区南町 1 - 2 - 3	医療型障害児入所施設	H28.1.1	40	人	都市ガス	19,300	0	772000
2	1111222333	朝霞にゆうしよ施設	AB市	仲町 1 - 2 - 3	障害者入所支援施設	H28.1.1	50	人	プロパンガス	18,700	1,500	933500
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
											合計	#####

★記入上のポイント
 ①「事業所番号」から「ガス」の種別まで記入すると、「補助単価」が自動計算されます。
 ②自動計算されない場合、補助単価表を確認して直接記入してください。

※事業所番号が未記入あるいは誤った番号を記載した場合は対象外となるので誤記などないように十分に注意すること。
 ※「サービス種別」欄は、補助要綱別表 1 に掲げる種別を記載すること。
 ※「補助単価」欄は、補助要綱別表 2 に掲げる区分ごとの単価を記載すること。

申請額算出内訳

No.	事業所番号	グループホームの住居名 ※住居毎に記載	住所 (市・町名)	住所2 (区名以下)	サービス種別	事業開始日	交付対象数 (A) GH→住居の定員数 (1 住居5人以下の場合一律 6人)	交付単位 人	電力 (訪問、入所施設は記入不 要)	ガス	補助単価 (B)	プロパン ガスの場 合、控除	申請額 (A×B)
記入例	111111111	大宮グループホーム1	大和市	北区さいたま町1-2-3	共同生活援助 (介護サービス包括型)	R25.1.1	10	人	高圧	都市ガス	7,300		73,000
記入例 2	222222222	大宮グループホーム2	大和市	南区まがたま町1-2-3	共同生活援助 (介護サービス包括型)	R26.1.1	6	人	低圧	プロパンガス	5,200	1,500	29,700
1	222222222	大宮グループホーム2	大和市	南区まがたま町1-2-3	共同生活援助 (介護サービス包括型)	R26.1.1	6	人	低圧	プロパンガス	5,200	1,500	29,700
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
											合計	29,700	

★記入上のポイント

①「事業所番号」から「ガス」の種別まで記入すると、「補助単価」が自動計算されます。

②住居毎に定員数を記入してください。定員数が2人～5人の場合は、一律に6人と表示されます。

③自動計算されない場合、補助単価表を確認して直接記入してください。

※事業所番号が未記入あるいは誤った番号を記載した場合は対象外となるので誤記などないように十分に注意すること。

※「サービス種別」欄は、補助要綱別表1に掲げる種別を記載すること。

※「補助単価」欄は、補助要綱別表2に掲げる区分ごとの単価を記載すること。

申請額算出内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	住所 (市・町名)	住所2 (区名以下)	サービス種別	事業開始日	交付対象数 (A) 通所・訪問⇒事業所数	交付単位 人 事業所 住居	食事提供体制加算 (児通所は児童発達 支援センターのみ。 食事提供加算を請求 している場合)	電力 (訪問、入 所施設は記 入不要)	ガス	補助単価 (B)	申請額 (A×B)
記入例	1111111111	世界さいたま事業所	大和市	北区さいたま町1-2-3	就労移行支援	R25.1.1	1	事業所	有	高圧	都市ガス	218,100	218,100
記入例 2	2222222222	さいたま放課後等デイサービス	縄文市	南区まがたま町1-2-3	児童発達支援	R26.1.1	1	事業所	無	低圧	プロパンガス	29,600	29,600
1	2222222222	さいたま児童発達支援センター	縄文市	南区まがたま町1-2-3	児童発達支援センター	R26.1.1	1	事業所	有	低圧	プロパンガス	170,200	170,200
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
												合計	170200

★記入上のポイント
 ①「事業所番号」から「ガス」の種別まで記入すると、「補助単価」が自動計算されます。
 ②自動計算されない場合、補助単価表を確認して直接記入してください。

※事業所番号が未記入あるいは誤った番号を記載した場合は対象外となるので~~記入など~~記入などないよう十分に注意すること。
 ※「サービス種別」欄は、補助要綱別表1に掲げる種別を記載すること。
 ※「補助単価」欄は、補助要綱別表2に掲げる区分ごとの単価を記載すること。

申請額算出内訳

No.	事業所番号	施設・事業所名	住所 (市・町名)	住所2 (区名以下)	サービス種別	事業開始日	交付対象数 (A) 通所・訪問⇒事業所数	交付単位 人 事業所 住居	ガス	1人当たりの平均移動 距離/日	補助単価 (B)	申請額 (A×B)
記入例	1111111111	世界さいたま事業所	大和市	北区さいたま町1-2-3	居宅介護	R25.1.1	1	事業所	都市ガス	12* ₀ 未満	18,300	18,300
記入例 2	2222222222	さいたま放課後等訪問支援	縄文市	南区まがたま町1-2-3	保育所等訪問支援	R26.1.1	1	事業所	プロパンガス	12* ₀ ~22* ₀ 未満	24900	24,900
1	1111111111	世界さいたま事業所	大和市	北区さいたま町1-2-3	居宅介護	R25.1.1	1	事業所	プロパンガス	同一建物減算有	10000	10000
2	2222222222	さいたま放課後等訪問支援	縄文市	南区まがたま町1-2-3	保育所等訪問支援	R26.1.1	1	事業所	都市ガス	22* ₀ 以上	28200	28200
3											該当なし	該当なし
4											該当なし	該当なし
5											該当なし	該当なし
6											該当なし	該当なし
7											該当なし	該当なし
8											該当なし	該当なし
9											該当なし	該当なし
10											該当なし	該当なし
11											該当なし	該当なし
12											該当なし	該当なし
13											該当なし	該当なし
14											該当なし	該当なし
15											該当なし	該当なし
16											該当なし	該当なし
17											該当なし	該当なし
18											該当なし	該当なし
											合計	38200

★記入上のポイント

①「事業所番号」から「1人当たりの平均移動距離/日」まで記入すると、「補助単価」が自動計算されます。

②「1人当たりの平均移動距離/日」は別紙1-5を使用して算出してください。

③自動計算されない場合、補助単価表を確認して直接記入してください。

※事業所番号が未記入あるいは誤った番号を記載した場合は対象外となるので誤記などないように十分に注意すること。

※「サービス種別」欄は、補助要綱別表1に掲げる種別を記載すること。

※「補助単価」欄は、補助要綱別表2に掲げる区分ごとの単価を記載すること。

別紙1-5

○訪問系のガソリン区分計算表(別紙1-5) ※複数事業所がある場合はシートをコピーして使用してください。

1. 事業所情報

事業所番号	事業所名	サービス種別
222222222	さいたま放課後等訪問支援	保育所等訪問支援

2. ガソリン区分

1日の平均 移動距離 (常勤換算 1人あたり) (km)	ガソリン区分	「介護職員」とは、 ア 居宅介護等 居宅介護従業者等 イ 居宅訪問型児童発達支援、保育士等訪問支援 訪問支援員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員 又は保育士等 を指します。
24	ガソリン区分③ (22km以上)	

3. 計算シート

	常勤 換算数	令和7年3月の 訪問に係る 総移動距離 (km)	令和7年3月 の勤務日数 (日)	1日あたりの 移動距離 (km)
介護職員1	1	504	21	24
介護職員2				0
介護職員3				0
介護職員4				0
介護職員5				0
介護職員6				0
介護職員7				0
介護職員8				0
介護職員9				0
介護職員10				0
介護職員11				0
介護職員12				0
介護職員13				0
介護職員14				0
介護職員15				0
介護職員16				0
介護職員17				0
介護職員18				0
介護職員19				0
介護職員20				0
介護職員21				0
介護職員22				0
介護職員23				0
介護職員24				0
介護職員25				0
介護職員26				0
介護職員27				0
介護職員28				0
介護職員29				0
介護職員30				0
計	1	504	21	24

※自転車での移動に係る距離数も上記計算に含めてください。

※職員個人の積上げによる積算が困難な場合は、「計」の欄に総数のみを入力して移動距離を算出することも可能です。

※本様式による以外の方法により介護職員等の移動距離を算出した場合は、その算出方法及び算出結果を県に提出すること。その場合は本様式の提出は要しない。

埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業
補助金口座振込申出書

(宛先)

埼玉県知事 大野 元裕

住 所 さいたま市浦和区高砂〇―●
法人等の名称 社会福祉法人埼玉〇〇
代表者職氏名 理事長 埼玉 太郎

令 場 合	※申請フォームに入力するとともに、口座の写しを添付するため記載は省略とする。			
			金	
			支	
			口	
口				
口座名義(カナ)				

※補助金の振込を希望する金融機関の口座名義、金融機関名、支店名、及び口座番号等を確認できる通帳等の写しを添付すること。

埼玉県障害福祉サービス事業所（又は住居）等光熱費等高騰対策
支援事業補助金光熱費に係る種別の申出書

(宛先)

埼玉県知事 大野 元裕

住 所 さいたま市浦和区高砂〇—●
法人等の名称 社会福祉法人埼玉〇〇
代表者職氏名 理事長 埼玉 太郎

令和7年4月〇日付けで申請した標記補助金について、事業所（又は住居）等の光熱費の種別は下記のとおりです。

記

1 令和5年度第1回又は第2回補助金を申請した事業所（又は住居）

光熱費の契約内容に**変更無**の場合、添付書類（電気、ガスの明細書等）の提出は**不要**です。

事業所（又は住居）名	川口にゆうしょ施設
変更の有無	変更無

事業所（又は住居）名	朝霞にゆうしょ施設
変更の有無	変更無

事業所（又は住居）名	大宮グループホーム2
変更の有無	変更有

事業所（又は住居）名	さいたま児童発達支援センター
変更の有無	変更無

事業所（又は住居）名	世界さいたま事業所
変更の有無	変更無

事業所（又は住居）名	さいたま放課後等訪問支援
変更の有無	変更無

事業所（又は住居）名	
変更の有無	

事業所（又は住居）名	
変更の有無	

事業所（又は住居）名	
変更の有無	

事業所（又は住居）名	
変更の有無	

2 令和5年度第1回補助金申請時から光熱費に変更有の事業所（又は住居）、又は新たに申請する事業所（又は住居）（下記に種別を記載するとともに、添付書類を提出してください。）

事業所（又は住居）名	大宮グループホーム2
電気	低圧
ガス	都市ガス

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電気	
ガス	

事業所（又は住居）名	
電 気	
ガ ス	

事業所（又は住居）名	
電 気	
ガ ス	

事業所（又は住居）名	
電 気	
ガ ス	

- ※1 施設入所支援（障害者入所支援施設、福祉型障害児入所施設および医療型障害児入所施設。）、訪問系（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護および重度障害者等包括支援）および児訪問系（児訪問系、居宅訪問型児童発達支援および保育所等訪問支援。）は電気の欄は記入は不要、ガスのみ記入すること。
- ※2 電気、ガスの直近の明細書の写しを添付すること。

1 電力（高圧 又は 低圧 が分かるもの）

--

2 ガス（都市ガス 又は プロパンガス が分かるもの）

--

参考

埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業
補助金請求書

令和7年4月〇日

(宛先)
埼玉県知事

(申請者)
所在地 さいたま市浦和区高砂〇一●
法人等の名称 社会福祉法人埼玉〇〇
代表者職氏名 理事長 埼玉 太郎

下記により、埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業補助金の交付確定通知を受けたので、該当する補助金額を請求します。

記

1 補助金請求額 金 1943600 円

自動計算されます。

【連絡先】

部署名	障害グループ
担当者氏名	埼玉 次郎
電話番号	048-830-〇〇〇〇
e-mail	〇〇@pref.saitama.lg.jp

埼玉県障害福祉サービス事業所等光熱費等高騰対策支援事業補助金チェックリスト

◎ 基本情報

フリガナ	シャカイフクシホウジンサイタマ		
法人名	社会福祉法人埼玉〇〇		
法人所在地	〒 330-9301		
	さいたま市浦和区高砂〇—●		
フリガナ	サイタマ ジロウ		
書類作成担当者	埼玉 次郎	電話番号	048-830-〇〇〇〇
連絡先	FAX番号	E-mail	〇〇@pref.saitama.lg.jp

※連絡先は必ず日中連絡できる電話番号を記載すること。不明な点等があれば事務局から問い合わせがあります。

以下の点を確認し、全ての項目にチェックして下さい。

※ (チェックできない項目があれば申請内容の修正が必要です。見直してください)

確認項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	令和7年3月1日時点で県から障害福祉サービス事業所、障害児者支援施設の指定を受けています。
<input checked="" type="checkbox"/>	令和7年3月1日時点で事業の休止、廃止はしていません。
<input checked="" type="checkbox"/>	補助金申請に必要な資料はすべて添付しています。
<input checked="" type="checkbox"/>	申請額算出内訳表には、必要な項目がすべて記載しています。
<input checked="" type="checkbox"/>	(提供サービスが異なっても同じ住所地の事業所は申請できません。) 同じ住所の事業所で2重申請はしていません。
<input checked="" type="checkbox"/>	(提供サービスが異なっても同じ住所地の事業所は申請できません。高齢者等に対する訪問介護等も含みます。)
<input checked="" type="checkbox"/>	(訪問系及び入所支援施設は確認不要) 電力(高圧又は低圧)の選択に誤りはありません。
<input checked="" type="checkbox"/>	ガス(都市ガス又はプロパンガス)の選択に誤りはありません。
<input checked="" type="checkbox"/>	(訪問系の事業所は)介護職員1人当たりの平均移動距離/日の選択に誤りはありません。
<input checked="" type="checkbox"/>	(障害児通所で食事有を選択する場合) 児童発達支援センターであり、令和7年3月1日時点で食事提供加算を請求しており、3月31日まで継続す

※ 各証明資料は、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、交付金の請求に関して不正があった場合は、指定の取消しや補助金額の返還を求めることになります。

記載内容及び添付資料に虚偽がないことを証明するとともに、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。

令和 7 年 4 月 〇 日 法人名 社会福祉法人埼玉〇〇
代表者 職名 理事長 氏名 埼玉 太郎