調査用様式１

既存の小規模高齢者施設等のスプリンクラー設備等整備に係る

所要額について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　埼玉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　既存の小規模高齢者施設等のスプリンクラー設備等整備に係る所要額について、関係書類を添えて回答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

調査用様式１

高齢者施設等の非常用自家発電設備整備に係る所要額について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　埼玉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　高齢者施設等の非常用自家発電設備整備に係る所要額について、関係書類を添えて回答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

調査用様式１

高齢者施設等の給水設備整備に係る所要額について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　埼玉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　高齢者施設等の給水設備整備に係る所要額について、関係書類を添えて回答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

調査用様式１

高齢者施設等における水害対策強化事業に係る所要額について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　埼玉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　高齢者施設等における水害対策強化事業に係る所要額について、関係書類を添えて回答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |

調査用様式１

高齢者施設等における換気設備の設置に係る経費支援事業に係る

所要額について

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　（宛先）

　　　埼玉県知事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名

　高齢者施設等の換気設備の設置に係る所要額について、関係書類を添えて回答します。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| メールアドレス |  |