

様式第1号（第6条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金交付申請書
兼請求書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

(申請者) 所在地
施設名
代表者役職・氏名

電話番号

㊟

下記のとおり羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金の交付を受けたいので、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第5条第1項の規定により申請し、給付金の交付を請求します。

記

1 交付申請額兼請求額

| 科 目 | 人 数 | 申請額兼請求額 (円) |
|-------|-----|-------------|
| 給付金 | | |
| 事務手数料 | | |
| 合計 | | |

2 添付書類

- (1) 羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金代理申請・受領委任状
- (2) 口座情報確認のための通帳の写し(振込先口座の通帳(表紙を開いたページ)またはキャッシュカードの写し(コピー))

3 振込先

本給付金については、以下の口座に振り込んでください。

| | |
|-----------------|-------|
| 金融機関名 | |
| 本・支店名 | |
| 口座の種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 | |
| (フリガナ) 口座名義人 | () |

様式第2号（第6条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金
代理申請・受領委任状

（宛先）羽生市長

下記の者は、羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金の申請において、他の障がい福祉施設等々に同種の交付申請を行わないこと及び申請内容に虚偽があった場合又は複数機関等から同種の交付を受けた場合は、不当利得として速やかに羽生市長に給付金を返還することを確認・誓約し、次の者を代理申請・受領者と定め、支援金の申請及び受領に関する権限を委任します。

（代理申請・受領者）施設名
代表者役職・氏名

記

| 番号 | ふりがな 氏名（漢字） | 生年月日 | 住 所 | 職 種 | 申請及び受領を委任する金額(円) |
|----|----------------|------------|-----|-----|------------------|
| 例 | はにゅう 羽生 むじな | 昭・平 55.5.5 | | 医師 | 20,000 |
| 1 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 2 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 3 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 4 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 5 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 6 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 7 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 8 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 9 | | 昭・平 | | | 20,000 |
| 10 | | 昭・平 | | | 20,000 |

様式第3号（第6条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金交付申請書兼請求書
（個人申請用）

年 月 日

（宛先）羽生市長

（申請者） 住 所
氏 名 ⑩
生年月日
電話番号

下記のとおり羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金の交付を受けたいので、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第5条第1項の規定により申請し、給付金の交付を請求します。

記

- 1 交付申請額兼請求額 金 _____ 円
- 2 対象期間内に勤務していた障がい福祉施設等の情報
所在地 _____
施設名 _____
- 3 対象期間内の勤務先障がい福祉施設等における申請者の業務内容等
（※障がい福祉施設等に記載してもらうこと）

| 所属部門・部署 | 職種 | 主な業務内容 |
|---------|------------------|--------|
| | | |
| 勤務日数 | 当該障がい福祉施設等々の証明 | |
| 日 | (施設名) (代表者氏名) | ⑩ |

5 振込先

本給付金については、以下の口座に振り込んでください。

| | |
|-----------------|-------|
| 金融機関名 | |
| 本・支店名 | |
| 口座の種別 | 普通・当座 |
| 口座番号 | |
| (フリガナ) 口座名義人 | () |

（添付書類）口座情報確認のための通帳の写し（振込先口座の通帳（表紙を開いたページ）またはキャッシュカードの写し（コピー））

様式第4号（第8条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金
交付決定通知書

第 年 月 日
年 月 日

様

羽生市長



年 月 日付けで申請のあった羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金について、下記のとおり交付決定したので、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第8条第1項の規定により通知します。

記

1 給付金の交付決定額 金 _____ 円

(内訳)

| 科 目 | 人 数 | 交付決定額 (円) |
|-------|-----|-----------|
| 給付金 | | |
| 事務手数料 | | |
| 合計 | | |

2 対象障がい福祉施設等 所在地 _____

施設名 _____

様式第5号（第8条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金
不交付決定通知書

第 年 月 日
年 月 日

様

羽生市長



年 月 日付で申請のあった羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金交付申請書について、下記のとおり不交付を決定したので、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第8条第2項の規定により通知します。

記

- 1 不交付理由
- 2 交付申請額 金 _____ 円
- 3 対象障がい福祉施設等 所在地 _____
施設名 _____
- 4 不交付対象者 _____

様式第6号（第9条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金交付
実績報告書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

(申請者) 住 所
施設名
代表者役職・氏名
電話番号

印

年 月 日付け第 号で交付決定のあった給付金について、羽生市補助金等交付手続等に関する規則第14条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1 給付金実績額

| 科目 | 人数(人) | 実績額(円) |
|-------|-------|--------|
| 給付金 | | |
| 事務手数料 | | |
| 合計(A) | | |

給付金交付決定額は、羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金交付決定通知書を確認の上記入すること。

2 給付金交付決定額(B) _____ 円

3 精算額(B-A) _____ 円

添付書類

- 羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金を障がい福祉施設等職員に対して給付したことを証する書類（個人ごとの振り込みの記録、現金で給付した場合の受領簿等）
- その他市長が求めるもの

様式第7号（第10条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金
交付額確定通知書

第 年 月 日
号 日

様

羽生市長

印

年 月 日付けで交付決定をした羽生市新型コロナウイルス感染症
対応障がい福祉施設等職員特別給付金について、羽生市補助金等の交付手続等に関す
る規則第15条の規定により、下記のとおり交付額が確定しましたので通知します。

記

1 交付確定額 金 _____ 円

様式第8号（第11条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金
交付決定取消通知書

第 年 月 日
年 月 日

様

羽生市長



年 月 日付けで交付決定をした羽生市新型コロナウイルス感染症
対応障がい福祉施設等職員特別給付金について、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第18条第2項の規定により、下記のとおり交付決定を取り消しましたので通知します。

記

取消理由

様式第9号（第12条関係）

羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金返還通知書

第 号
年 月 日

様

羽生市長



年 月 日付けで交付の決定をした羽生市新型コロナウイルス感染症対応障がい福祉施設等職員特別給付金について、下記の理由により返還することを命じますので、羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第19条第2項の規定により通知します。

記

| | |
|----------|---------|
| 施設名 | |
| 交付決定通知番号 | |
| 返還の理由 | |
| 返還の金額 | 円 |
| 返還の期限 | 年 月 日まで |
| 備考 | |