

様式第3号（第4条関係）

施設別個票

事業所・施設の状況	介護保険事業所番号				
	事業所・施設の名称	開設日			
	サービス種別	入所定員	人	通所定員	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)			

誓約事項	
	この補助金は、施設利用者の食事提供に係る食材料費に充てる。
	この補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けていない。
	この補助金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。
	潟上市暴力団排除条例（平成24年潟上市条例第2号）に規定する暴力団又は暴力団員が運営している施設ではない。
	施設を休止・廃止する予定がない。

申請日における入所定員	基準単価	算定額	運営月数	申請額（入所）
0 人	5,100 円	0 円	月	0 円

申請日における通所定員	基準単価	算定額	運営月数	申請額（通所）
0 人	1,700 円	0 円	月	0 円

申請額
0 円