

別紙

この支援金の申請に関して問い合わせができる先を記入してください

事務担当者名： 佐藤

連絡先： 0554-22-2111

No.	事業所名	事業所所在地	事業所種別	区分		支援金額
				入所系の場合 合定員数		
1	おおつき訪問介護	大月市大月 2-6-20	訪問介護事業所	訪問系		30,000円
2	ケアプランおおつき	大月市大月 2-6-20	居宅介護支援事業所	訪問系		30,000円
3	福祉用具おおつき	大月市大月 2-6-20	福祉用具貸与事業所	訪問系		30,000円
4	デイサービスおおつき	大月市大月 2-6-20	通所介護事業所	通所系		150,000円
5	デイサービスおおつき サテライト	大月市大月 2-6-20	通所介護事業所	通所系		150,000円
6	おおつきショートステイ	大月市大月 2-6-20	短期入所生活事業所	入所系	9	250,000円
7	特養おおつき	大月市大月 2-6-20	介護老人福祉施設	入所系	50	700,000円
8						円
9						円
10						円
合計						1,340,000円

※ 「事業所種別」、「区分」及び「支援金額」は、大月市介護事業所価格高騰重点支援金交付要綱の別表の該当するものを記入すること。

短期入所生活介護(短期入所療養介護)の空床利用型は対象になりません。単独型及び併設型が対象です。

「事業所種別」「区分」は、大月市介護事業所物価高騰重点支援金交付要綱の別表をご覧の上、該当するものを記入してください。