

(様式第1号)

第 年 月 日  
令和

公益財団法人 中国残留孤児援護基金  
理事長 炭谷 茂 殿

(申請者) 住 所

電話番号

法人名

代表者

「介護団体支援実施要領」に基づく  
支援金の交付申請書

標記に係る、支援金の交付を受けたいので、必要書類を添えて下記のとおり申請いたします。

記

1 介護サービス事業所名  
(サービス種類)

\_\_\_\_\_

所在地 〒

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話番号

\_\_\_\_\_

介護事業所番号

\_\_\_\_\_

指定年月日

\_\_\_\_\_

指定権者

\_\_\_\_\_

2 交付申請額

\_\_\_\_\_ 円

3 添付書類

別紙のとおり

(様式第1号別紙)

## 提出書類

- ① 支援金の交付申請書（様式第1号）  
\* 申請する介護サービス事業所名を1カ所のみ記載
- ② 支援金を必要とする理由（様式第2号）
- ③ 定款、寄附行為又は団体の規約
- ④ 役員名簿
- ⑤ 法人の事業概況説明書
- ⑥ 7 既にNPO法人として認定され1年以上経過している法人にあっては、法に基づく所轄税務署長へ提出した事業年度終了後の報告書一式。（過去3年間）  
※過去3年間のうち、既に提出済みのものについては省略可  
イ NPO法人以外の法人にあっては、過去3年間の決算報告書及び登記簿謄本（申請日から3ヶ月以内のもの）  
※過去3年間のうち、既に提出済みのものについては省略可
- ⑦ 申請事業実施年度の予算書
- ⑧ 既に介護サービス事業所として介護給付費請求を行っている事業所にあっては、サービス指定通知書及び介護給付費等支払決定額内訳書（過去1年度間分）
- ⑨ ⑧のサービス利用者名簿（保険者番号、氏名、性別、生年月日、帰国者との関係、介護度、サービス種類名、サービス提供年月日がわかるもの。任意の様式）
- ⑩ 要領第5条1～4で算出した利用回数（様式第3号）
- ⑪ 法人及び介護サービス事業所のパンフレット等
- ⑫ 連絡先登録票
- ⑬ 介護事業基盤整備援助等申請者用同意書
- ⑭ その他指示する書類

(様式第2号)

支援金を必要とする理由書

法人名

---

介護サービス事業所名  
(サービス種類)

---

以下の設問について、任意の様式で提出のこと。

- (1) これまでの貴法人の活動状況、介護サービス事業所を開設するに至った、又は開設してから今日に至るまでの経緯、状況、資金等について
- (2) 事業所所在地における中国残留邦人等の居住状況等について  
(地域の特性・特徴、現状、今後の見通し、中国残留邦人等以外のサービス利用者の状況、等)
- (3) 支援金を必要とする理由
- (4) 主な用途

(様式第3号)

利用者回数

法 人 名 \_\_\_\_\_

\* 申請する介護サービス事業所を1カ所のみ記載

介護サービス事業所名  
(サービス種類) \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

介護事業所番号 \_\_\_\_\_

指 定 年 月 日 \_\_\_\_\_

指 定 権 者 \_\_\_\_\_



(様式第4号)

第 号  
令和 年 月 日

公益財団法人 中国残留孤児援護基金  
理事長 炭谷 茂 殿

申請者 住 所  
法人名  
代表者

㊞

## 請 書

本法人が貴基金の「介護団体支援実施要領」に基づく支援金の交付を受けて次の事業を実施するにあたっては、貴基金の要領に定める所要の事項を遵守いたします。

### 記

- 1 介護サービス事業所名  
(サービス種類) \_\_\_\_\_
- 所 在 地 千 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 電 話 番 号 \_\_\_\_\_
- 介護事業所番号 \_\_\_\_\_
- 指 定 年 月 日 \_\_\_\_\_
- 指 定 権 者 \_\_\_\_\_
- 2 交付額 \_\_\_\_\_ 円

(様式第5号)

第 号  
令和 年 月 日

公益財団法人 中国残留孤児援護基金  
理事長 炭谷 茂 殿

申請者 住 所  
法人名  
代表者

印

請 求 書

「介護団体支援実施要領」による支援金の交付決定通知に基づき、下記のとおり請求します。

記

1 支援資金額 \_\_\_\_\_ 円

2 振込先

金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

フリガナ  
口座名義

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

口座番号 普通預金 No. \_\_\_\_\_

※口座名義に代表者名が含まれる場合は代表者名まで記入してください。  
口座名義には必ずフリガナを振ってください。  
通帳の裏面等の口座名義等が確認できるコピーを添付して下さい。

(様式第6号)

第 令和 年 月 日 号

公益財団法人 中国残留孤児援護基金  
理事長 炭谷 茂 殿

報告者 住 所  
法人名  
代表者

㊞

「介護団体支援実施要領」に  
基づく支援金の報告書（令和 年度）

標記について、下記のとおり報告します。

## 記

### 1 介護サービス事業所名 (サービス種類)

所 在 地 下  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_  
介護事業所番号 \_\_\_\_\_  
指 定 年 月 日 \_\_\_\_\_  
指 定 権 者 \_\_\_\_\_

### 2 運営状況等

- \* 任意の様式で提出のこと。
- \* 援助資金及び支援金の報告について
  - ・ 当該会計年度終了後速やかに事業所全体の年間の概要を報告すること
  - ・ 報告の際には法人全体の決算書を添付すること。
  - ・ (様式第1号3-⑧⑨) 及び「(様式第3号)利用者回数」を添付すること。

### 3 援助資金及び支援金の使途、執行状況

- \* 「様式第6号別紙」により報告すること。
- \* 領収書の写し等を添付すること。



## 連絡先登録票

申請者（代表者）と実務担当者が異なる等の原因で、当基金からの連絡がつかない場合があります。助成金の審査等に影響が出る場合もありますので、貴法人の連絡先及び、当基金から確実に連絡がつく担当者の連絡先を下記に記入のうえ提出してください。

法人名：	
代表者氏名	
法人住所	
法人 TEL	
法人 FAX	
法人 mail	
担当者氏名	
担当者住所	
担当者 TEL	
担当者 FAX	
担当者携帯 TEL	
担当者 mail	

※ご提供いただいた個人情報は「(公財) 中国残留孤児援護基金 個人情報保護方針」に基づき、適切に管理いたします。

# 介護事業基盤整備援助等申請者用同意書

公益財団法人中国残留孤児援護基金

## 1. 個人情報の適切な保護と管理者

当法人は、次の者を個人情報の保護管理者として任命し、申請者の個人情報を適切かつ安全に管理し、個人情報の漏えい、滅失又はき損を防止する保護策を講じています。

公益財団法人中国残留孤児援護基金  
個人情報保護管理者：常務理事  
TEL: 03-6667-0552

## 2. 個人情報の利用目的

申請者の個人情報は、当法人の援助・助成事業の実施（書類審査、申請者への連絡等）のために利用いたします。

## 3. 個人情報の第三者提供

当法人は、法令に定める場合を除き、事前に本人の同意を得ることなく、個人情報を第三者に提供することはありません。

## 4. 個人情報の委託

当法人の業務の全部または一部を外部に業務委託する際、当法人は、個人情報を適切に保護できる管理体制を敷き実行していることを条件として委託先を厳選したうえで、機密保持契約を委託先と締結し、申請者の個人情報を厳密に管理しています。

## 5. 個人情報を提供されることの任意性について

申請者ご自身の個人情報を当法人に提供されるか否かは、申請者のご判断によりますが、必要な情報をご提供されない場合には、介護事業基盤整備援助等の実施において不利益を蒙る可能性がありますので予めご了承ください。

## 6. 提出資料の返却

援助・助成の対象とならなかった場合、提出していただいた資料は、当法人「個人情報保護規程」に従い、適切に廃棄させていただきます。

## 7. 申請者からの使用停止、削除等の申込みへの対応

申請者は、当法人に対してご自身の個人情報の開示等（利用目的の通知、開示、内容の訂正・追加・削除、利用の停止、第三者への提供の停止、消去）に関して、当法人問い合わせ窓口へ申し出ることができます。その際、当法人はご本人を確認させていただいたうえで、合理的な期間内に対応いたします。

なお、個人情報に関する当法人問い合わせ先は、次の通りです。

公益財団法人中国残留孤児援護基金  
個人情報保護管理者：常務理事  
〒103-0002東京都中央区日本橋馬喰町1-6-8 Imas Works Bakurocho 4階  
TEL: 03-6667-0552

私は、上記の内容を理解したうえで同意致します。

年 月 日

法人名

氏名

(自署)