

チェックリスト（案）

| 申込番号 | | 施設名 | |
|---------|--|------------------------------------|--|
| システム | チェック項目 | チェック内容 | 作業内容 |
| 審査 ① | 施設情報 | 開設者等・代表者名 住所・担当者 等 | 誤字・脱字がないか 住所に番地まで入力されているか |
| | | 支給対象施設区分 | 申請する区分と名称が合致しているか |
| | | 施設名・所在地 等 | 誤字・脱字がないか 住所に番地まで入力されているか |
| | | 申込番号 | 前回申請時の申込番号と合致しているか |
| | 振込口座情報 （1 回目の振込先と 変更がない場合は、 確認不要） | 通帳の写し | 通帳の写し等の添付があるか |
| | | 金融機関名 （金融機関コード） | 正しく入力されているか （写し等の内容と相違がない。） |
| | | 支店名 （支店コード） | 正しく入力されているか （写し等の内容と相違がない。） |
| | | 口座種別 | 正しく入力されているか （写し等の内容と相違がない。） |
| | | 口座番号 | 正しく入力されているか （写し等の内容と相違がない。） |
| | | 口座名義 | 正しく入力されているか （写し等の内容と相違がない。） |
| 審査 ② | 重複チェック | 同一の申請がないか | 施設名、住所で同一の申請がないか |
| | 施設情報 | 対象機関であるかどうか | 管理台帳に同じ保険機関等コードが存在するか |
| | | 施設名称等に誤りがないか | 管理台帳と同じ施設名称等であるか |
| | 支給対象 施設区分 | 施設区分に誤りがないか | 管理台帳と同じ施設区分であるか |
| | | ※病院・有床診療所（2 床以上）のみ 許可病床数に誤りがないか | 管理台帳と同じ許可病床数であるか |
| | 支給申請額 | 支給申請額に誤りがないか | ※病院・有床診療所（2 床以上） 許可病床数×〇〇円であるか ----- ※上記以外 〇〇円であるか |

紙申請チェックリスト（案）

| 確認日 | | 施設名 | |
|-----|--------|----------------------------------|---|
| | チェック項目 | チェック内容 | 作業内容 |
| 紙申請 | 全体 | 書類確認 （物価高騰：3 枚） （食材料費：3 枚） | ・書類が揃っているか、過不足はないか ・申請できる支援金を申請していない場合は、申請者に確認要 ・通帳の写しは適切なものが貼り付けられているか |
| | 様式 1 | 日付 | 受付日より前の日付が入っているか |
| | | 申請者住所、申請者名、 代表者名 等 | 様式 2 と同一か |
| | | 支給対象施設区分 | 申請する区分と名称が合致しているか |
| | | 保険機関等コード | 7 桁もしくは10桁か |
| | | 支給申請額 | 正しく記載されているか。 |
| | | 振込口座 | 通帳の写しと同じ記載内容になっており、正しく記載されているか 申請者の口座になっているか |
| | 様式 2 | 各項目 | すべてが「はい」となっているか |
| | | 日付 | 受付日より前の日付が入っているか |
| | | 申請者住所、申請者名、 代表者名 | 様式 1 と同一か |