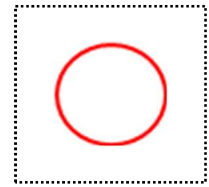


(様式第1号)

令和2年度第3次補正予算
社会的 중요インフラ自衛的燃料備蓄事業
補助金交付申請書



全国石油商業組合連合会
会長 森 洋 殿

申請日：令和3年 5月28日

社会的 중요インフラ自衛的燃料備蓄事業に係る業務方法書第5号第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

1.	申請者 (設置する設備の 所有および支払名義人)	〒住所 〒100-0014 東京都△△市□□町2-17-14 会社名又は 団体名 医療法人 全石病院 代表者名 全石 太郎 TEL : 03-1234-1234 FAX : 03-1234-1235	押印
2.	法人番号(13桁)		※参照：手引書Ⅱ.2
3.	設置施設	〒住所 同上 会社名又は 団体名 同上 代表者名 同上 TEL : 同上 FAX : 同上	
4.	申請施設の種類	① 医療施設・老人ホーム等 2. 公的避難所 医療施設の場合、災害拠点病院、救急救命センター、周産期母子医療センター、災害拠点精神科病院、へき地医療拠点病院、へき地診療所、特定機能病院、地域医療支援病院のいずれかに 1. 該当する(申請できません) ② 該当しない	
5.	施設のうち、避難所となり得る場所の詳細	(病室、ロビー、作業療法室、3階談話室)	
6.	該当する優先条件	① 国土強靱化法(策定主体：△△市) 2. 地方公共団体との災害協定等 無 ③ (締結先：△△市)	
7.	上記1.2を証明する添付資料	①国土強靱化地域計画(△△市) ②災害協定書(△△市)	
8.	施設の収容人数(事務局含)	約 150 人	
9.	施設等の責任者	1. 施設の所有者：医療法人 全石病院 2. 土地の所有者：全石 太郎 3. 施設の運営者：医療法人 全石病院	所有者1と2、あるいは所有者と運営者が違う場合は必ず「合意書」を添付してください
10.	補助率の区分 ※参照：手引書Ⅰ.6	1. 中小企業 ② 中小企業でない 下記のいずれかに該当する場合は「2. 中小企業でない」に○をつけてください。 1) 資本金又は出資金額が5億円以上の法人に直接又は間接に100%の株式を保有される中小・小規模事業者 2) 交付申請時において、確定している直近過去3年分の各年又は各事業年度の課税所得の年平均額が15億円を超える中小・小規模事業者	
11.	「工事完了」及び「実績報告書提出」予定日	工事完了：令和3年 7月20日	提出日：令和3年12月25日

12.	補助事業に要する経費 (見積総額)	15,690,000円(税抜)
	交付申請額 ※	7,845,000円(税抜)

※交付申請額は(別紙5)経費積算表の最下段の「申請金額」です。

13.	災害時の管理部署 担当者名	部署及び担当者名: 医療法人 全石病院 管理部 全石次郎			
		TEL: 03-1234-6789	FAX: 03-1234-6780		
		メールアドレス: ○○○@■■■■.or.jp			
14.	設置する設備 (油種・実質容量・設置数)	石油タンク	軽油地下タンク 4.7KL×1基 灯油地下タンク 4.7KL×1基	工事の種類 (新設・増 設・入換)	軽油: 入換 灯油: 新設
		発電機	灯油発電機 125kVA×1台		新設
		その他の 燃焼機器	灯油炊飯器×3台		
	既存するタンク・発電機 (容量・台数等)	軽油発電機(50kVA)×1台			
	注入口の種類 (経口・型式等)	① 汎用型 2. 汎用型でない			
	消防法の申請	① 申請する 2. 申請は必要ない			
	消防法令 (地域の火災予防条例等)	① 適応している 2. 適応していない			
15.	石油製品供給先	① 既に契約済み 2. 相談を希望する ※1			
16.	採用見積書に関する 他の補助金申請の有無 ※2※3	① 他に補助金は申請していない			
		2. 申請している(※必ず、省庁名又は地方公共団体名、補助金名を記載してください。)			
		「天然ガスの環境調和等に資する利用促進事業費補助金」、「社会経済活動の維持に資する天然ガス利用設備導入支援事業費補助金」及び「災害時における生活環境の確保に資する天然ガス利用設備導入支援事業費補助金」を活用し、停電対応型の天然ガス利用設備を導入した施設に 1. 該当する(申請できません) ② 該当しない			

※1 石油製品の供給先が確定しないと審査委員会には諮りませんので、委員会開催時まで確定してください。

※2 1つの見積りに対し、複数の国庫補助金の同時申請は出来ません。

※3 各種地方債等との併用については、事前に確認してから申請してください。

17.	補助事業の目的を遂行する為、災害時においても必要な燃料備蓄量について(日数を記載し、○をしてください。) ※国の調査では、4日間の燃料備蓄が望ましいとされています。
	約 3.6 日間の備蓄量を ① 常時、確保します。 2. 常時、確保は出来ません。
	※小数点第一位まで記載。上記日数の根拠となる計算式を記載した別紙を作成し添付してください。
18.	申請した石油タンク内の燃料の品質劣化防止について(必ず○をしてください。) ※燃料劣化の目安は、灯油・軽油が約6ヵ月、A重油が約3ヵ月です。
	災害時に使用機器等が不具合なく稼働するよう ① 燃料が劣化しないよう管理します。 2. 特に管理はしません。
19.	発電機等の機器について(購入者は、必ず○をしてください。)
	災害時にもきちんと稼働するよう ① 定期的にメンテナンスをします。 2. 特にメンテナンスはしません。
20.	補助金での購入を申請した「燃焼機器」(発電機以外)について(購入者は、必ず○をしてください。)
	購入の目的及び使用は、 ① 災害時等のみに使用を限定します。 2. 日常的に使用する為に購入します。

21.	申請法人の補助事業担当者 名及び連絡先 (代行者が事務手続きを行 う場合は別に名刺等を添付 ください)	部署及び担当者名: 医療法人 全石病院 総務課 全石洋子
		TEL: 03-1234-5678 FAX: 03-1234-5679
		メールアドレス: ○○○@◆◆◆.or.jp