（様式２）

事業計画書

１　申請者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法人名 | 施設名 | サービス種別 |
|  |  |  |

２　対象者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 受給者証番号 | 強度行動障害※ | 生年月日※１ | 受入年月日※２ |
|  |  | □重度障害者支援加算  □強度行動障害児支援加算 | 年　 月　 日 | 年　 月　 日 |

　※１　障害者においては「重度障害者支援加算」、障害児においては「強度行動障害特別支援加算」の支給決定がされている者が対象となります。福祉サービス受給者証に加算の印字がされているか確認のうえ、該当する方に「☑」をしてください。

　※２　**「短期入所」**は、記載不要です。「３　入所期間」に御記載ください。

３　受入期間※

令和　　　年　　　　月分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受入日 | 退所日 | 受入日数 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
| 月　　　　日 | 月　　　　　日 | 日 |
|  |  | 合計　　　　日 |

※　**「短期入所」で月１５日以上の利用予定がある場合**のみ必ず御記載してくだい。

※　「施設入所支援」及び「共同生活援助」は記載不要です。