第１号様式（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

　京都市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

法人名

代表者名

令和４年度京都市医療的ケア児者等短期入所受入強化事業補助金交付申請書

　下記のとおり事業を実施したいので，京都市医療的ケア児者等短期入所受入強化事業補助金交付要綱に基づき、必要な書類を添えて下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

・　医療型短期入所受入体制強化事業補助金利用計画書（別紙１）

・　医療型短期入所受入体制強化事業補助金算出内訳書（別紙２）

（別紙１）医療型短期入所受入体制強化事業補助金利用計画書

1　ヘルパー派遣

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者数 |  | 人 |
| 期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| うち利用総日数 |  | 日 |
| 利用総額 |  | 円 |

２　看護師等派遣

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者数 |  | 人 |
| 期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | |
| うち利用回数 |  | 回 |
| 利用総額 |  | 円 |

３　障害の態様等に応じた支援

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 必要とする支援の内容 | 利用総額 | 算出内訳 |
| 人員基準を上回る職員配置 | 円 |  |
|  |  |  |

（別紙２）医療型短期入所受入体制強化事業補助金算出内訳書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | | 利用日数等 | 単価  （上限額） | 補助  基準額 | 備考 |
| 医療型短期入所受入体制強化事業 | ①ヘルパー利用支援 | 日 | 10,000円 | 円 |  |
| ②訪問看護師連携支援 | 回 | 10,000円 | 円 |  |
| ③障害の態様等に応じた支援 | 回 | 10,000円 | 円 |  |

　※１　「利用日数等」欄はのべ数でそれぞれ記入のこと

　※２　備考欄には、利用計画人数及び利用医療機関名を記入し、月別利用予定回数を記入すること