（医ケア　様式第１号）

年　　　月　　　日

**豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる**

**施設運営補助金交付申込書（日額補助）**

　　　　豊中市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所 | 指定番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 事業者 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 代表者職  名前 |  | | | | | | | | | |

豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる施設運営補助金交付要綱第５条第１号の規定により、下記のとおり豊中市医療的ケアのある重症心身障害者支援にかかる施設運営補助金の交付を申し込みます。

記

　　　　年　　　月分

|  |  |
| --- | --- |
| 利用対象者名前 | ほか　　　　人 |
| 補助金交付申込額 | 円 |