（医ケア　様式第３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（看護職員配置補助）**

　　　　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２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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護職員の配置状況 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 常勤 | 非常勤 | 合計(※) |
| 常勤換算方法による員数 | 人 | 人 | 人 |

 (※)小数第二位までの数を記載し、下記計算式には小数第二位を切り捨てた合計数を記載してください。 |
| 利用者数 | 延べ利用者数　　　人（実利用者数　　　人）　詳細は別紙のとおり |
| 計算式 | ［56円×{配置看護職員の数(※)（　　人）－1}×級地区分単価（　　　　）×豊中市支給決定の総延べ生活介護利用者数（　　　人）（1円未満切り捨て）］－報酬告示に基づき算定した常勤看護職員等配置加算の額（豊中市支給決定利用者分）（　　　　　　円）（1円未満切り捨て） |
| 補助金交付申込額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

（医ケア　様式第３号別紙）

**利用者詳細　　　　　年　　月 分**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受給者証番号 | 利用者名前 | 延べ利用日数 | 本要綱の日額補助の対象者か否か |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |