（医ケア　様式第５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（看護職員夜間配置補助）**

　　　　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  氏名 |  | | | | | | | | | |

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３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

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者及び看護職員配置の状況 | 別紙のとおり |
| 補助金交付  申込額 | 円 |

（医ケア　様式第５号別紙）

**利用者及び看護職員配置の状況　　　　　年　　月 分**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日 | 宿泊で受け入れた  利用者数 | 夜間配置した  看護職員数 | 日 | 宿泊で受け入れた  利用者数 | 夜間配置した  看護職員数 |
| １ |  |  | 17 |  |  |
| ２ |  |  | 18 |  |  |
| ３ |  |  | 19 |  |  |
| ４ |  |  | 20 |  |  |
| ５ |  |  | 21 |  |  |
| ６ |  |  | 22 |  |  |
| ７ |  |  | 23 |  |  |
| ８ |  |  | 24 |  |  |
| ９ |  |  | 25 |  |  |
| 10 |  |  | 26 |  |  |
| 11 |  |  | 27 |  |  |
| 12 |  |  | 28 |  |  |
| 13 |  |  | 29 |  |  |
| 14 |  |  | 30 |  |  |
| 15 |  |  | 31 |  |  |
| 16 |  |  | 合計 |  |  |