

様式第1-1号

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）支給申込書

年 月 日

豊中市長 様

申込者	事業所等名称	
	事業等種別	※事業所等で実施（指定又は登録を受けている）の事業等種別を下記の表から選択し、番号を記入してください。
	事業所等所在地	〒
	フリガナ	
	管理者氏名（自筆）	申込者本人が自署しない場合は、記名押印してください。
	電話番号	

<事業等種別（介護保険サービス等）>

① 訪問介護	② 訪問入浴介護	③ 訪問看護	④ 訪問リハビリテーション	⑤ 通所介護
⑥ 通所リハビリテーション	⑦ 短期入所生活介護	⑧ 短期入所療養介護	⑨ 福祉用具貸与	⑩ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
⑪ 夜間対応型訪問介護	⑫ 地域密着型通所介護	⑬ 認知症対応型通所介護	⑭ 小規模多機能型居宅介護	⑮ 認知症対応型共同生活介護
⑯ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	⑰ 看護小規模多機能型居宅介護	⑱ 居宅介護支援	⑲ 介護老人福祉施設	⑳ 介護老人保健施設
㉑ 養護老人ホーム	㉒ 軽費老人ホーム	㉓ 有料老人ホーム	㉔ サービス付き高齢者向け住宅	

<事業等種別（障害福祉サービス等）>

㉕ 居宅介護	㉖ 重度訪問介護	㉗ 同行援護	㉘ 行動援護	㉙ 生活介護
㉚ 自立訓練	㉛ 就労移行支援	㉜ 就労継続支援	㉝ 自立生活援助	㉞ 共同生活援助
㉟ 特定相談支援事業	㊱ 移動支援事業	㊲ 障害者支援施設		

豊中市介護保険・障害福祉サービス等利用者に係る新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金支給要綱（以下「要綱」という。）第2条第1項第1号又は第2号に掲げる支援を行いましたので、下記のとおり関係書類を添えて協力金の支給を申込みします。

※予約支援実施日：ワクチン接種の予約支援を行った場合にその年月日を記入してください。

※同行支援実施日：ワクチン接種の同行支援を行った場合にその年月日を記入してください。

※ワクチン接種場所：ワクチン接種に係る医療機関、接種会場等の名称を記入してください。

※利用者名：支援を行ったサービスの利用者（契約者）名を記入してください。

※被保険者番号又は受給者番号：介護保険被保険者証の被保険者番号若しくは障害福祉サービス受給者証又は地域生活支援事業受給者証の受給者番号を記入してください。

	予約支援実施日	同行支援実施日	ワクチン接種場所	利用者名	被保険者番号又は受給者番号
1	年 月 日	年 月 日 年 月 日			
2	年 月 日	年 月 日 年 月 日			

3	年 月 日	年 月 日			
4	年 月 日	年 月 日			
5	年 月 日	年 月 日			
6	年 月 日	年 月 日			
7	年 月 日	年 月 日			
8	年 月 日	年 月 日			
9	年 月 日	年 月 日			
10	年 月 日	年 月 日			
11	年 月 日	年 月 日			
12	年 月 日	年 月 日			
13	年 月 日	年 月 日			
14	年 月 日	年 月 日			
15	年 月 日	年 月 日			

<協力金>

○予約支援：1件当たり1,000円

件数	件	申込額	円
----	---	-----	---

○同行支援：1件当たり2,000円

件数	件	申込額	円
----	---	-----	---

<申込者確認事項>

ワクチン接種に係る支援について、要綱第2条第1項ただし書及び同項第2号ただし書アからウまでの協力金支給対象外に当たらない場合は、下記の各項目の□にチェック（✓）をつけてください。

同行支援について、サービスの報酬算定がされる場合には当たりません。

同行支援について、サービス外として別途利用者との契約により有償で行われる場合には当たりません。

予約支援・同行支援について、事業所等の敷地内でワクチン接種を行うことができる場合には当たりません。