様式第１－１号

豊中市法人連携協定による職員派遣等支援協力金支給申込書

年　 　　月　 　　日

豊中市長　様

法人所在地

法人名称

代表者職氏名

豊中市法人連携協定による職員派遣等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号に掲げる協力行為を行いましたので、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。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所（施設）名 |  |
| 事業等種別 |  |
| ※指定、認可又は登録を受けている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。 |

＜事業等種別（介護保険サービス等）＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 認知症対応型共同生活介護 | ② | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 | ③ | 介護老人福祉施設 | ④ | 介護老人保健施設 |
| ⑤ | 養護老人ホーム | ⑥ | 軽費老人ホーム | ⑦ | 有料老人ホーム | ⑧ | 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）＞

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ⑨ | 短期入所 | ⑩ | 共同生活援助 | ⑪ | 障害者支援施設 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 協力行為  ※該当するものに○をつけてください。 | | 実施期間 | 実施内容  （日数・時間数・回数） | 申込額 |
|  | 職員受入準備 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | 日間 | 2,000円×実施時間数 |
| 時間 | 円 |
|  | 職員派遣協力 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで | 回 | 10,000円×実施日数 |
| 日間 | 円 |