第１号様式

　　年　　月　　日

（宛先）川 崎 市 長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 法人名 |  |
|  | 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | 事業所名 |  |
|  | 事業所番号 |  |

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金交付申請書

　川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助事業実施要綱第11条の規定により、川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　交付申請額 | 金 |  | 　円 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２　対象となるサービス種類　　　□短期入所　　□児童発達支援　　□放課後等デイサービス |
| ３　添付書類1. 配置職員算定様式（第２号様式）
2. 対象児童算定様式（第３号様式）
3. 医療的ケア対象児童のサービス提供実績記録表の写し
4. 医療的ケア対象児童の医療的ケアスコアが分かる書類（写しでも可）
5. 申請期間中の事業所体制届における人員基準等適合確認シートの写し
6. 対象看護師の資格証の写し
7. 対象看護師の補助金対象年度における、雇用とその雇用期間を証する書類
8. 口座振替登録届（補助金振込を受ける口座情報を記載）
9. 上記口座の通帳の写し
10. 登記簿謄本
 |

第５号様式

　　年　　月　　日

（宛先）川崎市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 法人名 |  |
|  | 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | 事業所名 |  |
|  | 事業所番号 |  |

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金申請取り下げ申請書

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金について、次の事由により申請の取り下げを行いたいので、承認を受けたく申請します。

１　申請取り下げの理由

第７号様式

　　年　　月　　日

（宛先）川崎市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  |
|  | 法人名 |  |
|  | 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
|  | 事業所名 |  |
|  | 事業所番号 |  |

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金に係る実績報告書

　　　　年　　月　　日付けで交付決定を受けた川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金に係る補助事業の実績を次のとおり報告します。

１　交付額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２交付額を繰り入れる経費の一覧と内訳

|  |  |
| --- | --- |
| 経費区分 | 　　　　補助金からの繰入額 |
| 給料 | 円 |
| 職員手当 | 円 |
| 共済費 | 円 |
| 計 | 円 |