様式第１号（第５条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ

イトケア事業実施申請書

年　　月　　日

　深谷市長　宛て

申請者　所在地

　　　　法人名

　　　　代表者名

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業を実施したいので、下記のとおり申請します。

また、深谷市の市税について、当法人に対する課税の有無及び課税がある場合には納付状況を、公簿等により確認することに同意します。

記

　１　事業実施年度

　２　事業所名

　３　所在地

　４　事業の区分　　　短期入所事業・日中一時支援事業

　　　（該当する事業の区分に印を付してください）

５　添付書類

（１）　利用予定者名簿（様式第２号）

（２）　主として事業に携わる看護師等の専門スタッフの履歴書の写し（日中一時支援事業を行う者に限る）

※　過年度に添付した書類の内容に変更がないため当該年度の添付を省略するときは、省略する書類を二重線で消去してください。

様式第２号（第５条関係）

利用予定者名簿（短期入所事業・日中一時支援事業）

　　　　　　　　　　　　　　※いずれかの事業に印を付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

１　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

２　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

３　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

４　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

５　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

様式第３号（第６条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　様

深谷市長　　　印

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ

イトケア事業実施決定通知書

　　　　年　　月　　日付けをもって申請のありました　　年度

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ

ア事業の実施については、下記のとおり決定したので通知しま

す。

記

１　実施を適当と認める

　（１）　事業実施年度

　　（２）　事業所名

　　（３）　所在地

　　（４）　事業の区分　　　短期入所事業・日中一時支援事業

２　実施を適当と認めない

（理由）

様式第４号（第８条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ

イトケア事業補助金交付申請書

年　　月　　日

　深谷市長　宛て

申請者　所在地

　　　　法人名

　　　　代表者名

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイト

ケア事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を

添えて申請します。

記

１　事業所名

２　補助金交付申請額　　　金　　　　　　　円

３　補助事業の対象期間　　　　　　年　　月分

４　添付した様式第５号の枚数　　　　　　　枚

様式第５号（第８条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書　【　　月分】（短期入所事業・日中一時支援事業）

　　　　　　　　　※いずれかの事業に印を付してください

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

１　対象児（者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　所 | 深谷市　 |
| 身体障害 | 肢体不自由の等級 | （　　　）級 |
| 知的障害 | 程　度 | 最重度・重度・中度・軽度 |

２　スコア計算

上記の児（者）は、別表１の各項目のうち、以下の項目に該当し、その状態が６か月以上継続していると判断する。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項　目 | スコア |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | スコア合計（点） |  |

※１　行が不足する場合は、適宜、追加してください。

３　補助金積算

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用日数（Ａ） | 補助額（Ｂ） | 補助金（Ａ×Ｂ） |
| 日 | 円 | 円 |
| 利用日数（Ａ）の内訳を日付で記載してください。（※２） |

※２　記載例　　　　日から　　日まで（　日）

　　　　　　　　　　　日，　日，　日

様式第６号（第９条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　様

深谷市長　　　印

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ

イトケア事業補助金交付決定通知書

　　　　年　　月　　日付けをもって申請のありました　　年度

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ

ア事業補助金については、下記のとおり決定したので通知しま

す。

記

１　交付

　（１）　事業所名

（２）　補助金交付決定額　　　金　　　　　　　円

　（３）　補助事業の対象期間　　　　　　年　　月分

２　却下

　（理由）

様式第７号（第１１条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ

イトケア事業補助金交付請求書

年　　月　　日

　深谷市長　宛て

申請者　所在地

　　　　事業所名

　　　　代表者名　　　　　　　　印

　　　年　　月　　日付けをもって決定のありました　　年度

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ

ア事業補助金について交付を受けたいので、下記のとおり請求

します。

記

１　補助金交付申請額　　　金　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 本・支店名 |  |
| 預金種別 | （当座・普通） |
| 口座番号 |  |
| （ふりがな）口座名義 |  |