

年 月 日

市川市指定生活介護事業所特別支援事業補助金交付申請書

市川市長

所 在 地
事 業 者 名
（法人名等）
代表者氏名
電 話 番 号

市川市指定生活介護事業所特別支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 補助対象事業所名： _____
- 2 _____年度交付申請額： _____ 円
- 3 添付書類
 - (1) 補助対象事業所の指定生活介護事業所としての指定通知の写し
 - (2) 雇用契約書その他の補助対象事業所に勤務する全ての看護師等の勤務形態を確認することができる書類の写し
 - (3) 補助対象事業所に勤務する全ての看護師等の資格証の写し
 - (4) 職員配置計画書（様式第2号）
 - (5) 交付申請額計算書（様式第3号）
 - (6) 補助対象事業所の予算書の写し
 - (7) 医療的ケア対象者の主治医、かかりつけの医療機関の医師その他の医師による指示書の写し
 - (8) 緊急時の対応のため、前号に規定する医師又はその属する医療機関との協力体制を確保していることが分かる書類
 - (9) 就業規則その他の補助対象事業所の職員の勤務時間を確認することができる書類の写し
 - (10) 医療的ケア対象者の一覧及び契約書その他の医療的ケア対象者と補助対象事業所との利用契約が確認できる書類の写し
 - (11) その他（ _____ ）