第１号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施承認申請書

　年　　月　　日

　船橋市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | |  | | |
| 施設の所在地 | |  | | |
| 生活介護の定員数 | | 人 | | |
| 補助事業実施期間 | | 平成　　年　　月　　日から  平成　　年　　月　　日まで | | |
| 前年度の平均利用者数（Ａ） | | 人 | | |
| 利用者の平均障害支援区分 | |  | | |
| 重度身体障害者の割合 | | ／１００ | | |
| 契約者の総数のうち市内に居住する者の割合 | | ／１００ | | |
| 指定基準上必要な直接処遇職員数（Ｂ）  （職員配置体制加算（Ⅰ）の算定に係る直接処遇職員数を含む） | | | | 人 |
| 直接処遇職員の現員数（Ｃ） | | | | 人 |
| 基準を上まわり配置している直接処遇職員数（Ｄ）＝（Ｃ）－（Ｂ） | | | | 人 |
| 対象職員数  （Ｆ）＝（Ｇ）－（Ｈ） | （Ｇ）＝（Ａ）／１．５ | |  | 人 |
| （Ｈ）＝（Ａ）／１．７ | |  |

（添付書類）①勤務体制及び勤務形態一覧表　②前年度の利用者の利用状況

　 ③その他市長が必要があると認める資料

※平均利用者数等の算定にあたっては、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月６日障発第1206001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）に準じること。

※（Ｂ）から（Ｈ）までの記載にあたっては、常勤換算方法により記載すること。

※（Ｃ）は年度ごとの補助事業実施開始月時点の職員配置数について記載すること。なお、別添の従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表の内容と一致させること。

※（Ｇ）及び（Ｈ）は小数点第２位を切り上げ、第１位まで記載すること。

第２号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施承認可否決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　様

　　　　　　　　　　　　　船橋市長

　　　年　　月　　日付けで申請のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施施設について下記のとおり通知します。

記

１　承認する

２　承認しない

　理由

第３号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施承認申請事項変更届出書

　　　　　　　　　　年　　月　　日

　船橋市長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　印

　次のとおり承認を受けた内容を変更したので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承認内容を変更した施設 | | 種別 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 変更があった事項 | | | 変更の内容 |
| １ | 施設の名称 | |  |
| ２ | 施設の所在地 | |
| ３ | 生活介護の定員数 | |
| ４ | 昨年度の平均利用者数 | |
| ５ | 利用者の平均障害支援区分 | |
| ６ | 重度の身体障害者の割合 | |
| ７ | 契約者の総数のうち市内に居住する者の割合 | |
| ８ | 指定基準上必要な直接処遇職員数 | |
| ９ | 直接処遇職員の現員数 | |
| 10 | 基準を上まわり配置している直接処遇職員数 | |
| 11 | 船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業にあたる直接処遇職員数 | |
| 変更年月日 | | |  |

備考　変更内容がわかる書類を添付してください。

第４号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　船橋市長　　あて

住　　　所

法　人　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　印

　次のとおり船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施施設を廃止・休止・再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 廃止・休止・再開する施設 | 種別 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止・休止・再開した年月日 |  | |
| 廃止・休止した理由 |  | |
| 船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算事業実施施設に入所していた者に対する措置（廃止・休止した場合のみ） |  | |
| 休止予定期間 |  | |

第５号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金交付申請書

年　　月　　日

　船橋市長　あて

所在地

申請者　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算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．交付申請額

２．事業所名

３．添付書類

　⑴　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金所要額調書

　　　　 ⑵　収支予算書抄本

第６号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金交付可否決定通知書

　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　船橋市長　　　　　　　印

　　　　　年　月　日付で申請のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金の交付について、下記のとおり決定したので通知します。

記

１．交付します。

事業所名

交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．交付しません。

　　理由

交付条件

　（１）補助事業等の内容又は経費の配分の変更をするときは、市長の承認を得ること。

　（２）補助事業等を中止し、又は廃止するときは、市長の承認を得ること。

第７号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金変更等承認申請書

年　　月　　日

　船橋市長　あて

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　　　　　年　　月　　日付で交付決定のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金事業について（変更・中止・廃止）したいので、関係書類を添えて申請します。

記

　　１　事業所名

２　変更、中止又は廃止年月日

３　補助事業の内容（変更の場合）

　⑴　変更交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円

　⑵　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金所要額調書

第８号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金変更等承認可否決定通知書

　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　船橋市長　　　　　　　印

　　　　　年　月　日付で申請のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金の変更等について、下記のとおり決定したので通知します。

記

１．承認します。

事業所名

　　変更、中止又は廃止年月日

変更交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　変更交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．承認しません。

　　理由

交付条件

　（１）補助事業等の内容又は経費の配分の変更をするときは、市長の承認を得ること。

　（２）補助事業等を中止し、又は廃止するときは、市長の承認を得ること。

第９号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金実績報告書

年　　月　　日

　船橋市長　あて

所在地

申請者　名称

代表者氏名

　　　　　年　　月　　日付けで交付決定のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金に係る事業実績について、関係書類を添えて報告します。

記

　　　１　事業所名

　　　２　添付書類

　　　　⑴　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金精算書

　　　　⑵　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金所人員配置体制報告書

⑶　収支決算（見込）書抄本

第１０号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金確定通知書

　　　　　　　　第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

船橋市長

　　　　　年　　月　　日付けで実績報告のあった船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金について、交付額を下記のとおり確定したので通知します。

記

１　事業所名

２　交付確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

第１１号様式

船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金交付請求書

年　　月　　日

　船橋市長　あて

所在地

申請者　名称

　　代表者氏名　　　　　　　　　　㊞

　　　船橋市重度身体障害者生活介護事業所職員配置加算補助金の交付を下記のとおり請求します。

記

１　事業所名

２　交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　交付確定額　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　交付済額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　５　今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　　円