

(様式第1号)

年 月 日

(宛先)東大阪市長

所在地

名称

代表者

東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業補助金交付申請書

標記の補助金について交付を受けたいので、東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

1 補助金の交付申請額およびその算出基礎

1 申請額 金 円

(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)

2 算出基礎 実施計画書のとおり

2 補助金交付対象事業の目的および内容

1 目的

2 内容

3 添付書類

実施計画書

実施計画書

入院期間	年 月 日から 年 月 日	上限時間:50時間
------	---------------	-----------

事業所番号	事業所名		
受給者番号	利用者名	決定サービス名	

補助予定金額	報酬単価 (30分ごとに算定)	算定時間 合計(時間)	報酬単価×算定時間合計
		1,500円/60分	

予定サービス内容	
----------	--

(様式第8号)

年 月 日

(宛先)東大阪市長

所在地

名称

代表者

東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業補助金実績報告書

年 月 日付け東大阪福障認第 号にて補助金の交付決定を受けました補助事業について、東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第17条の規定により、関係書類を添えて次とおりその実績を報告します。

記

- 1 補助金交付対象事業の名称 東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業補助金
- 2 補助金予定金額 金 円
(令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)
- 3 添付書類
事業実施報告書

事業実施報告書

入院期間	年 月 日 から 年 月 日	上限時間: 50時間
------	----------------	------------

事業所番号	事業所名		
受給者番号	利用者名	決定サービス名	

月/日	曜日	サービス提供時間 (5時間まで/日)		算定 時間数 (時間)	サービス内容 ①～⑧を記入 (⑧の場合は具体的に 記入)	支援者名	利用者 確認欄
		開始時間	終了時間				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
		:	:				
補助金額	報酬単価 (30分ごとに算定)		算定時 間合計	報酬単価 × 算定時間合計			
	1,500円/60分			円			

サービス内容	<ul style="list-style-type: none"> ①入院時の説明または聴き取り ②入院時の医療機関従事者に対する対象者の意思疎通の方法等の周知 ③入院中の医療機関従事者による治療計画および入院計画の説明 ④入院中の診察、処置、投薬、検査および療養の説明 ⑤入院中の医療費制度および福祉保健制度の説明 ⑥入院中の退院後の治療および療養の説明 ⑦入院を必要とする手術の前後の説明 ⑧その他入院生活を送る上で必要な医療機関関係者との意思疎通の支援
--------	--

__ 枚中 __ 枚目

(様式第10号)

年 月 日

(宛先)東大阪市長

所在地

名称

代表者

東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業補助金交付請求書

年 月 日付け東大阪福障認第 号にて東大阪市重度障害児者入院時コミュニケーション支援事業補助金の確定を受けた補助事業について、次のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

なお振込みについては、次の口座をお願いします

振替先	金融機関名	支店名
預金種別	普通	当座
口座番号		
(フリガナ) 名 義		