

(様式第1号)

(宛先)東大阪市長

空白で提出してください。

年 月 日

法人の情報、代表者の職氏名を記入してください。

所在地 東大阪市荒本北1-1-1
名称 東大阪ヘルパーステーション(株)
代表者 代表取締役 東大阪 トライ

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

申請額、補助金予定金額、請求額は、同額を記入してください。

1 補助金の交付申請額およびその算出基礎

1 申請額 金 9,750 円

(令和4年4月1日 から 令和4年4月20日まで)

サービス提供期間(入院期間等)をご記入ください。

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

例)

目的:意思の疎通が困難な障害者と医療機関従事者との意思の疎通を支援し、安心して医療を受けられる環境を確保することを目的とする。

内容:コミュニケーション支援員を医療機関に派遣し、意思疎通の仲介を行う。

3 添付書類

実施計画書

実施計画書

入院期間	令和4年4月1日 から令和4年4月20日	上限時間: 50時間
------	----------------------	------------

事業所番号	事業所名	ヘルパーステーション〇×□
123456789		
受給者番号	利用者名	決定サービス名
9876543		東大阪 花子

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	6.5	9,750 円

「事業実施報告書」の内容と合致させてください。

予定サービス内容	<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
----------	--

(様式第8号)

(宛先)東大阪市長

空白で提出してください。

年 月 日

法人の情報、代表者の職氏名を記入してください。

所在地 東大阪市荒本北1-1-1
名称 東大阪ヘルパーステーション(株)
代表者 代表取締役 東大阪 トライ

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

空白で提出してください。

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のおりその実績を報告します。

記 申請額、補助金予定金額、請求額は、同額を記入してください。

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 9,750

(令和4年4月1日 から令和4年4月20日まで)

3 添付書類
事業実施報告書

サービス提供期間(入院期間等)をご記入ください。

事業実施報告書

入院期間	令和4年4月1日 から令和4年4月20日			上限時間: 50時間			
事業所番号	事業所名		ヘルパーステーション〇×□				
123456789							
受給者番号	利用者名		東大阪 花子		決定サービス名		
9876543					居宅介護		
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				
4/1	金	10:00	13:00	3	①、②、④	山田 太郎	
4/2	土	12:00	13:30	1.5	③、⑦	山田 太郎	
4/20	水	16:00	18:00	2	⑤、⑥	山田 太郎	
		:	:				
		サービス実績を記入してください。 時間の計算ミスに注意してください。 (30分単位での請求になります)			コミュニケーション支援員の氏名と利用者の確認が必要です。		
		:	:				
		:	:	補助金の「申請額」「補助予定金額」「請求額」はこちらの金額になります。			
		:	:				
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		6.5		9,750 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
--------	--

(様式第10号)

(宛先)東大阪市長

空白で提出してください。

年 月 日

法人の情報、代表者の職氏名を記入してください。

所在地 東大阪市荒本北1-1-1
名称 東大阪ヘルパーステーション(株)
代表者 代表取締役 東大阪 トライ

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

空白で提出してください。

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 申請額、補助金予定金額、請求額は、同額を記入してください。

1 請求額 金 9,750 円

振り込み先を漏れなく記入してください。

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	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別		普通		当座
口座番号				4444555
(フリガナ) 名 義				ヒガシオサカヘルパーステーション(カ) 東大阪ヘルパーステーション(株)