

(登録事業所番号 _____)

様式第1 (第8条第1項関係)

登録通知書にある7桁の番号を記入してください。

東大阪市地域生活支援事業(移動支援事業)・訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・
地域活動支援センター事業) 補助金交付申請書

移動支援事業に○をつけてください。

令和 年 月 日

作成日を記入してください。

(宛先) 東大阪市長

事業所(法人)の情報を漏れなく記入してください。
代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 東大阪市荒本北一丁目1-×
法人名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪
法人又は事業所の代表者の職・氏名 理事長 東大阪 ○○
事業所名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪

令和 年度において、東大阪市地域生活支援事業補助金を受けたいので、東大阪市地域生活支援事業補助金交付要綱第8条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

サービス提供月の属する
年度を記入してください。

記

事業実績書の太枠で囲んだ金額(補助金の額の合計)を記入してください。

1 補助金交付申請額 金 120,100 円

(ただし、令和○○年△△月サービス提供分の補助金)

2 添付書類

サービス提供年月を記入してください。

- (1) 事業実績書
- (2) 明細書兼実績記録票の写し
- (3) 利用料管理表(移動支援事業又は地域活動支援センター事業において利用料が上限に到達した時点でサービス提供した事業所・施設に限る。)

様式第5（第12条第2項関係）

東大阪市地域生活支援事業（移動支援事業）訪問入浴サービス事業・日中一時支援事業・地域活動支援センター事業）補助金交付請求書

移動支援事業に○をつけてください。

令和 年 月 日

（宛先） 東大阪市長

東大阪市 HP に掲載の、
「提出期日および振込日一覧」にある
②請求書記入日を記入してください。

事業所（法人）の情報を漏れなく記入してください。
代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 東大阪市荒本北一丁目1-×
法人名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪
法人又は事業所の代表者の職・氏名 理事長 東大阪 ○○
事業所名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪

記入しないでください。
（空白のまま）

令和 年 月 日付東大阪福障認第 号で決定のあった令和 年度東大阪市地域生活支援事業補助金について、東大阪市地域生活支援事業補助金交付要綱第12条第2項の規定により、下記のとおり請求いたします。

事業実績書の太枠で囲んだ金額（補助金の額の合計）を記入してください。

1、請求額 金 120,100 円
（ただし、令和○○年△△月サービス提供分の補助金）

記

サービス提供年月を記入してください。

記入必須です。

振込み先については次の口座をお願いします。

振替先	金融機関名 ××銀行	支店名 ○○支店
預金種別	普通	当座
口座番号	1234567	7桁です。ご確認ください。
（フリガナ） 名 義	トクヘルパーステーションヒガシオカ リジナル ヒガシオカ○○ （特非）ヘルパーステーション東大阪 理事長 東大阪 ○○	

金融機関名、支店名の統廃合があった時は、変更後の金融機関名、支店名を記入してください。

事業実績書

(宛先) 東大阪市長

事業所(法人)の情報を漏れなく記入してください。
代表者の職も記入必須です。

法人又は事業所の所在地 東大阪市長本北一丁目1-X
法人名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪
法人又は事業所の代表者の職・氏名 理事長 東大阪 〇〇
事業所名 特定非営利活動法人 ヘルパーステーション東大阪

移動支援事業に〇をつけてください。

地域生活支援事業 (移動支援事業・訪問入浴サービス事業)

令和〇〇年△△月提供分

サービス提供年月を記入してください。

連番	受給者番号	利用者氏名	A 補助対象金額合計 (円) ※利用料含む	B 利用料合計 (円)	C 補助金の額 (円) (C=A-B)
1	12345	布施 花子	12,000	1,200	10,800
2	678910	河内 市郎	50,500	4,000	46,500
3	18888	枚岡 進	8,800	0	8,800
4	65432	稲葉 太郎	40,000	4,000	36,000
5	13652	荒本 二郎	20,000	2,000	18,000
6					
7					
8					
9					
10					
小計		5 名	131,300 円	11,200 円	120,100 円
合計		5 名	131,300 円	11,200 円	120,100 円

実績記録票のとおり記入してください。

小計(合計)を算出してください。

(1 枚目中 / 1 枚目)

(注) 上の表の「C 補助金の額」欄に記入してください。

利用者が10名を超える場合は、事業実績書が2枚以上必要です。
事業実績書の小計の金額をそれぞれ足し合わせ、合計行に記入してください。

令和〇〇年△△月分 移動支援明細書兼サービス提供実績記録票 (様式)												
登録事業所番号				事業所名		契約支給量		30時間/月				
1 0 4 9 9 9 9				(特非)ヘルパーステーション東大阪								
受給者番号(下7桁)				利用者		負担額		4,000円/月				
0 0 1 2 3 4 5												
日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数	計画変更の有無	サービス種類	サービス内容		派遣人数		確認欄	署名欄
		開始時間	終了時間				行き先	目的など				
1	火	13:00	14:00	1	有・無	個・グ	自宅周辺	ウォーキング(体力増進)	1	200	荒本	布施
3	木	14:00	15:30	1.5	有・無	個・グ	難波駅周辺 〇〇スーパー ××店	散策(気分転換)・買物	1	300	長田	布施
13	日	10:00	11:00	1	有・無	個・グ	〇〇病院(荒本北)	友人のお見舞い	1	200	荒本	布施
21	月	15:00	17:00	1	有・無	個・グ	〇〇美容院(菱江)	パーマ(中抜き1時間)	1	200	荒本	布施
23	水	15:00	17:00	4	有・無	個・グ	〇〇スーパー ××店	日用品の買い物	2	800	長田	布施
24	木	11:00	24:00	13	有・無	個・グ	〇〇(■県△市)	旅行	1	2,300	荒本	布施
25	金	0:00	6:00	6	有・無	個・グ	〇〇(■県△市)	旅行	1	0	荒本	布施
【サービス内容について】 移動支援事業の目的(余暇活動・社会参加)に合ったサービスを行ってください。 ※算定できないサービス例 ・保険診療(通院・入退院) ・薬局にて保険調剤の受取り ・通学 ・障害福祉サービスにかかる通所(送迎) ・クリーニング ・清潔保持を目的とした入浴 【記入上の注意】 ①記入ミスがあった場合 修正箇所には二重線を引き、訂正印を押し正しく記入してください。 ※実績記録票の訂正印は、請求担当者の印を押してください。 ②サービス内容に「等」や「など」を記入された場合 具体的な内容を確認させていただきます。 ※枠外に具体的な内容を記入いただくか、または「等」「など」は記入しないでください。(サービス内容記載の詳細についてはP.5参照) ③算定時間の合計(票左下)が契約支給量(票右上)を超えた場合 「他の事業所から〇〇時間借りている」などのメモを枠外に記入してください。 ④利用者を支援していない時間があった場合 ※上記、21日参照 中抜き〇時間と記入し、算定時間数に反映させてください。 ※サービスの開始時間と終了時間はそのまま記入してください。 ⑤二人派遣の場合 契約支給量と算定時間数は二人分記入してください。サービス提供者印または、サービス提供者の署名も二人分必要です。 ⑥日をまたぎサービス提供される場合は、日ごとに記入してください。												
計算ミスのないようにご注意ください。 なお、最下部の合計行も記入必須です。 個・グ												
報酬単価		①当月算定額(補助対象金額) [算定時間合計×報酬単価]		②利用者負担額の合計		移動支援補助金の額 (①-②)						
個別支援型	2,000円/60分	27.5	55,000	円	4,000	円	51,000	円				
グループ支援型	1,000円/60分			円		円		円				
合計		27.5	55,000	円	4,000	円	51,000	円				