様式第４号（第９条関係）

年　　月　　日

八頭町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）請求書

八頭町長　様

（請求者）

八頭町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）実施要綱第9条第2項の規定により下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

１　入院時付添の概要

|  |  |
| --- | --- |
| （１）入院の日時 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |
| （２）入 院 先 |  |
| （３）代替付添者 |  |
| （４）代替付添の  日時 | 年 月 日 時 分～ 時 分（ 時間 分）  年 月 日 時 分～ 時 分（ 時間 分）  年 月 日 時 分～ 時 分（ 時間 分）  年 月 日 時 分～ 時 分（ 時間 分）  年 月 日 時 分～ 時 分（ 時間 分） |
| （５）総時間数 | 時間 　　 分 |

２　請求額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 実　績 | 備　考 |
| 代替付添の総時間数  A | 時間 分 | 15分以上30分未満の場合は30分とし、15分未満の場合は０分とする。 |
| 助成対象となる時間数  B | 時間 分 | Aが120時間を超える場合は120時間とする。同一年度において既に支給を受けている場合は、120時間から既支給分を差し引いた時間を記入する。 |
| 付添依頼費用の時間単価　　　　　　　　　C | 円 | 実際に代替付添者に支出した１時間当たりの付添依頼費用の額 |
| Cと1,600円を比較して少ない方の額　　　　D | 円 |  |
| 補助対象経費  E | 円 | Dの２／３相当額（小数点以下切り捨て） |
| 請求額  F | 円 | B×E |

（添付書類）代替付添者の発行した領収書の写し