様式第１号（第４条、第７条関係）

年度八頭町障がい児者在宅生活支援事業計画（報告）書

１　補助額の算定

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | 総事業費  Ａ | 寄附金等その他の収入額  Ｂ | 差引  A-B=Ｃ | 補助対象経費  Ｄ | 補助対象額（C及びDを比較して少ない方の額）  Ｅ | 町補助率  Ｆ | 町補助額  Ｅ×Ｆ |
| 八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業 | 重症心身障がい児者等受入事業所看護師等配置助成事業 |  |  |  |  |  | 10/10 |  |
| 八頭町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業 | 入院時等付添依頼助成事業 |  |  |  |  |  | 2/3 |  |
| 八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入助成事業 | 八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入助成事業実施要綱第４条に定める者 |  |  |  |  |  | 2/3 |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  |  |  |

※総事業費は本人負担分を含んだ額を記入すること。

（１）北栄町要医療障がい児者在宅生活支援事業

①重症心身障がい児者等受入事業所看護師等配置助成事業

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 区分 | 基準を超えて新たに看護職員を配置する日数 A | | 補助単価（１日あたり ）　　　　　　　B | | 補助対象経費  A×B | |
| １ | 生活介護 | 日 | | 別表の３欄に定める額 | | 円 | |
| 放課後等デイサービス | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 |
| 日 | 日 | 別表の３欄に定める額 | 別表の３欄に定める額 | 円 | 円 |
|  | | | | | | 円 | |
| ２ | 生活介護 | 日 | | 別表の３欄に定める額 | | 円 | |
| 放課後等デイサービス | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 | ４時間以上６時間未満 | ６時間以上 |
| 日 | 日 | 別表の３欄に定める額 | 別表の３欄に定める額 | 円 | 円 |
|  | | | | | | 円 | |

（注）利用決定者ごとに異なる番号で記載すること。

② 重症心身障がい児者等受入事業所医療機器購入助成事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 実際に支出した購入備品費用　　　　　　　　　　 A | Aと補助上限額（別表の３欄に定める額）を比較して少ない方の額　　　　 B | 補助対象経費 C |
| １ | 円 | 円 | 円 |
| ２ | 円 | 円 | 円 |
| 計 | | | 円 |

（注）利用決定者ごとに異なる番号で記載すること。

（２）北栄町重度身体障がい児者等在宅生活支援事業

① 入院時等付添依頼助成事業

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 年間延べ代替付添時間数  A | 実際に支出した１時間当たりの付添依頼費用　　　　　　　B | Bと別表の３欄に定める額を比較して少ない方の額　　C | 補助対象経費  A×C |
| １ | 時間　　分 | 円 | 円 | 円 |
| ２ |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |

（注）１　支給決定者ごとに異なる番号で記載すること。

　　　２　実績報告の時には経費算出証明を添付すること。

２　他の補助金の活用状況

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 内容 |
| 他の補助金活用の有無 |  |
| 補助金名 |  |
| 補助事業内容 |  |
| 所管部署名、団体名等 |  |
| 連絡先 |  |

３　仕入控除税額の有無

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 内容 |
| 仕入控除税額の有無 |  |
| 「無」の場合は理由を記載 |  |