八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）請求書（看護職員の配置）

様式第３－１号（第８条関係）

八頭町長　様

住　　所

　　　　　　　　　　　　　請求者　事業所名

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　 代表者　　　　職　　　　氏　　名 | 印 |

八頭町要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所看護師配置等助成事業）実施要綱第８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　請求額

　　　　　　　　　　　　円　 単価　　　　　　　円×　　　日

２　看護職員の配置実績

(１)　事業所名、住所等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| 事業の対象となるサービス種別 | 指定児童発達支援事業所等（児童発達支援センター）指定児童発達支援事業所等（児童発達支援センター以外）指定放課後等デイサービス事業所等　指定生活介護事業所等指定就労継続支援Ｂ型事業所　日中一時支援事業所 |

(２)　本事業の補助対象となる看護職員の情報及び配置期間等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 登録番号 | 配置期間 | 左の期間のうち本事業の補助対象となる日数 |
| １ |  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| ２ |  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |
| ３ |  |  | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 |  |

３　受け入れを行った要医療障がい児者等の情報

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　名 | 住　所 | 利用日数 |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考

１　請求は事業所ごとに行うこと

２　本事業の補助対象となる看護職員が申請時と相違する場合には、相違した看護職員の看護師免許証等の写しを添付すること

３　看護職員全員の勤務表の写し及び新たに配置した看護職員の給与明細書の写しを添付すること

４　受け入れた要医療障がい児者の指定放課後等デイサービス提供実績記録表又は指定生活介護サービス提供実績記録表又は就労継続支援提供実績記録表又は日中一時支援の提供実績が確認できる書類（利用者確認印があるものに限る）の写しを添付すること