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（看護職員派遣の利用）

様式第３－２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　看護職員派遣の利用実績

(１)　請求者の事業所名、住所等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 住所 |  |
| サービス種別 | 児童発達支援（指定・基準該当）　放課後等デイサービス（指定・基準該当）　就労継続支援Ｂ型　日中一時支援事業所 |

（２）看護職員派遣を利用した期間及び日数 　　　計　　　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名（住所） | 派遣利用期間 | 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　訪問看護ステーション等からの補助の対象となることがわかる書類（請求書等）の写しを看護職員派遣を利用した日数分添付すること

３　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就労継続支援提供実績記録表（利用者確認印があるものに限る）又は日中一時支援の提供実績が確認できる書類の写しを添付すること