年　　月　　日

様式第１号（第７条関係）

（あて先）八頭町長　様

　　　　　　　　　　　　　 　住　　所

　　　　　　　　　　　　　申請者　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医療機器購入助成事業）利用申請書

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医療機器購入助成事業）実施要綱第７条の規定により、次のとおり申請します。

１　医療機器の購入計画

(１)　事業所名、住所等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業主体住所 |  |
| サービス種別 | 児童発達支援センター　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）  生活介護（指定・基準該当）  指定就労継続支援Ｂ型事業所　日中一時支援事業所 |

(２)　現在備えている医療機器の配置状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機器の名称 | 配置台数 | 医療機器対象使用者数 |
|  | 台 | 人 |
|  | 台 | 人 |
|  | 台 | 人 |
|  | 台 | 人 |
|  | 台 | 人 |

(３)　現在、配置されている看護師等又は理学療法士等の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 看護職員又は理学療法士等の氏名 | 配置時間 |
|  | 時　　分　～　　時　　分（　　　日/週） |
|  | 時　　分　～　　時　　分（　　　日/週） |
|  | 時　　分　～　　時　　分（　　　日/週） |

(４)　購入予定としている医療機器について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 医療機器の名称 | 購入予定金額 | 購入予定台数 | 医療機器対象使用者数 |
| １ |  | 円 | 台 | 人 |
| ２ |  | 円 | 台 | 人 |
| ３ |  | 円 | 台 | 人 |
| ４ |  | 円 | 台 | 人 |
| ５ |  | 円 | 台 | 人 |

(５)　申請額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

(６)　購入希望理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 医療機器の名称 | 購入希望理由 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

２　医療機器購入前後における、要医療障がい児者の利用予定者数

（予定がある場合）

購入前人数　　　　人　　　→　　　購入後予定人数　　　　人

備考

１　申請は事業所ごとに行うこと

２　購入予定医療機器の見積書、パンフレット等の写しを添付すること