（別記様式第４号）

○年○月○日

神戸市長宛

法人所在地

法人名

代表者職

代表者名○○○○○○○○○○○○○○○○○○

神戸市重症心身障害児対象事業加算給付申請書兼実施計画書

○年度の神戸市重症心身障害児対象事業加算給付金の支給を受けたいので，下記のとおり申請します。

記

１．申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

２．１週間の活動計画（サービス提供時間）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日  時間 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

（事業計画（様式自由）を添付すること）

３．加算対象重症心身障害児利用時の職員体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務状況 | 氏名 | 勤務時間 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（別記様式第４号）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記入例】

平成○年○月○日

神戸市長宛

法人所在地

法人名

必須

代表者職

代表者名○○○○○○○○○○○○○○○○○○

神戸市重症心身障害児対象事業加算給付申請書兼実施計画書

○年度の神戸市重症心身障害児対象事業加算給付金の支給を受けたいので，下記のとおり申請します。

記

１．申請者　（必須）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 事業所所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

２．１週間の活動計画（サービス提供時間）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日  時間 | 火曜日 | 水曜日 |  |  |  |  |  |
| 15：00～  16：00～  16：30～ | 音楽療法  在位訓練 | ﾚｸﾘｴｰｼｮﾝ  朗読 |  |  |  |  |  |

（事業計画（様式自由）を添付すること）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【記入例】

３．加算対象重症心身障害児利用時の職員体制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 勤務状況 | 氏名 | 勤務時間 |
| 児童指導員 | 常勤 | ○○　○○ | 8：30～17：00 |
| 児童指導員 | 常勤 | △△　△△ | 8：30～17：00 |
| 保育士 | 非常勤 | □□　□□ | 火・水　15：00～17：00 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |