様式第３号（第７条関係）

年　　月　　日

姶良市長　　　殿

（訪問看護ステーション）

　　　住　　所

名　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

姶良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付申請書兼請求書

　　　　年　　　月分の姶良市医療的ケア児等在宅支援事業を実施したので、姶良市医療的ケア児等在宅支援事業助成金交付要綱第７条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

１．申請・請求金額　　金　　　　　　　　　　　　円

２．実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者数 | 　　　　　　　　　人 | 延べ利用時間 | 時間 |

３．受取口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名等 |  |
| 口座種別 | １．普通　２．当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | (フリガナ) |
|  |

　関係書類

　　(１)　姶良市医療的ケア児等在宅支援事業利用者台帳（様式第３号別紙）

　　(２)　受取口座の通帳写し及び債権者登録依頼書（助成金交付申請の初回のみ）

　　(３)　その他姶良市長が必要と認める書類

様式第３号別紙

　姶良市医療的ケア児等在宅支援事業利用者台帳(　　　　　年　　　月分)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 利用者氏名（医療的ケア児） |  | 訪問看護ステーション名 |  |
| 合計利用時間（下表の利用時間／日の合計。１時間未満の端数がある場合切り捨て） | 　　　　　　　　　　　時間 | 年度内累計利用時間（今回利用分を含む） | 時間　／　24時間（注１） |
|  | 助成金額 | 　　　　　　　　　　　　円 | （助成金額は要綱第４条別表の算式のうち、Ｃを本台帳の「合計利用時間」として算定した額を記入すること） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 日付 | 医療的ケアの内容 | 実施場所※該当の番号に〇をする。複数可。 | 訪問看護利用時間（注２、注３） | 備考※自宅外でのケアの場合、看護場所を記入 |
| 開始時刻 | 終了時刻 | 利用時間／日 |
| １ | 日 | 　 | １ 自宅(保険適用外の時間)２ 自宅外でのケア３ その他(　　　　　　　) | ： | ： |  |  |
| ２ | 日 | 　 | １ 自宅(保険適用外の時間)２ 自宅外でのケア３ その他(　　　　　　　) | ： | ： |  |  |
| ３ | 日 | 　 | １ 自宅(保険適用外の時間)２ 自宅外でのケア３ その他(　　　　　　　) | ： | ： |  |  |
| ４ | 日 | 　 | １ 自宅(保険適用外の時間)２ 自宅外でのケア３ その他(　　　　　　　) | ： | ： |  |  |
| ５ | 日 | 　 | １ 自宅(保険適用外の時間)２ 自宅外でのケア３ その他(　　　　　　　) | ： | ： |  |  |

（注１）　利用者（医療的ケア児）１人につき、助成対象の利用時間数は１年度当たり２４時間が上限です（１年度内に利用訪問看護ステーションが変更になった場合も利用時間数は累計されます）。

（注２）　本事業の助成対象となる利用時間数は健康保険法の適用対象となる時間を控除した時間数です。

（注３）　同日に助成対象となる複数回の訪問がある場合は、各回の利用時間について開始・終了時刻が分かるように記入し、その合計を利用時間／日の欄に記入して下さい。