

様式第1号（第6条関係）

部長	部長意見						
<p>障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金交付申請書</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">法 人 名 事業所名 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">申請者（事業所又は運営法人の代表者）</p> <p style="text-align: right;">島本町長 様</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>							
<p>次のとおり島本町障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金の交付を受けたいので、島本町障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金交付要綱第6条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。</p>							
補助金交付申請額	金						円
添 付 資 料	<input type="checkbox"/> 事業計画書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 収支予算書（様式第3号） <input type="checkbox"/> その他（研修内容・受講費用がわかる資料）						

事業計画書

1 補助対象事業所の状況

設置主体	法人名		代表者 (職・氏名)	
	所在地			
補助対象事業所	名称		代表者 (職・氏名)	
	所在地	島本町		
	電話番号			
	実施事業	喀痰吸引等の実施を 予定している事業		
		その他の実施事業		
本補助事業の担当者	(所属) (氏名)		(電話番号)	

2 補助事業の状況

登録研修機関	(機関名) (所在地) (電話番号)				
研修予定期間	年 月 日から 年 月 日まで				
研修受講者	(合計) 人				
内 訳	受講者氏名 (従業員)	職種・資格	研修区分	喀痰吸引等の対象者 (第3号研修の場合のみ)	認定予定の 特定行為※
			1・2・3号		
			1・2・3号		
			1・2・3号		
			1・2・3号		
			1・2・3号		
※上記の「認定予定の特定行為」欄に、該当する行為の番号を記載すること。 1 口腔内の喀痰吸引                                  2 鼻腔内の喀痰吸引 3 気管カニューレ内部の喀痰吸引                4 胃ろう又は腸ろうによる経管栄養 5 経鼻経管栄養					
事業所登録	登録区分	1 登録喀痰吸引等事業者 2 登録特定行為事業者			
	登録手続 の状況	1 登録済み(登録日： 年 月 日) 2 登録予定(予定時期： 年 月)			
喀痰吸引等の 開始予定時期	年 月				

様式第3号（第6条関係）

収支予算書

1 収入

区分	金額	明細
町補助金		障害者（児）喀痰吸引等研修費補助金
収入合計		

2 支出

区分	金額	受講者数	明細
第1号・第2号研修の受講費用		人	
第3号研修の受講費用		人	
支出合計		人	

3 補助金計算表

区分	金額	明細
①補助対象経費		支出合計の額
②補助基準額		第1号・第2号研修 5万円× 人 第3号研修 2万円× 人
③補助基本額		①と②のうち、いずれか低い方の額
④既交付額 (補助対象人数)	( 人)	同一年度に交付済の当該補助金の額 (既交付分の補助対象人数)
⑤補助限度額		10万円から④の金額を除いた額
⑥補助金交付申請額		③と⑤のうち、いずれか低い方の額 (千円未満の端数切捨て)