（別記）

様式第１号（第７条関係）

廿日市市地域活動支援センターⅢ型事業

（機能強化事業）費補助金交付申請書

第　　　　　　号

平成　　　年　　月　　日

廿　日　市　市　長　様

申　　請　　者

住所又は所在地

　この補助金を次のとおり交付されるよう関係書類を添えて申請します。

１　申請額　金　　　　　　円

２　添付書類

(1) 事業計画書

（2）廿日市市地域活動支援センターⅢ型事業（機能強化事業）補助金所要額内訳書

(3) 事業概要書

(4) 収入支出予算書

(5) その他参考となる書類

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。

様式第２号（第７条関係）

事業計画書

１　事業の名称

２　事業の目的

３　事業の実施主体

４　事業の内容

５　事業の実施効果

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。

様式第３号（第７条関係）

　　　　廿日市市地域活動支援センターⅢ型事業（機能強化事業）費補助金所要額内訳書

１　運営費

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 在　　籍  障害者数    　　① | 算定の基礎となる障害者一人当り、平均通所見込み日数  　　　② | 運営費補助額  （ ①×②×補助単価）  　　　　③ | 事業実施予定日数    　　④ | 備　　考 |
| ４月 | 人  　（　　） | 日 | 円 |  |  |
| ５月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| ６月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| ７月 | 人  　 （　　） |  |  |  |
| ８月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| ９月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| 10月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| 11月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| 12月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| １月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| ２月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| ３月 | 人  　（　　） |  |  |  |
| 計 | 人  　（　　） |  |  |  |  |

(注)　①欄に通所者名簿に登録された各月の初日現在の廿日市市内住所を有する障害者数を記入し、

市外者を含む総数を（　）内に記入すること。（５月以降は見込み数を記入すること。）

　　　②欄は、前年度の通所実績等を基に算出し、備考欄に算出根拠を記入すること。

　　　③欄の運営費補助単価は、廿日市市地域活動支援センターⅢ型事業（機能強化事業）費補助金

交付要綱による。

④欄は、当該月にこの事業を実施する予定日数を記入すること。

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。

様式第４号（第７条関係）

事　業　概　要　書

１　事業実施者

　(1) 事業を実施する場所の所在地

(2)　施設名

(3)　代表者氏名

２　事業の内容

　（1）事業の開始年月日　(旧事業の開始年月日及び種別)

　　　　　年　　月　　日　　（　　　年　　月　　日、種別　　　　　　　　　　　　　）

（2） 事業に使用する土地及び建物の状況等

土地　　　　　　平方メートル

建物　　　　　　　　　〃

土地の所有者

建物の所有者

　（事業実施者が土地又は建物所有者でない場合は、賃貸借契約を締結しているなど、当該土地又は建物を使用する権限を有する旨を付記すること。）

　　(3) 事業実施日時

　　毎週（　　曜日）から（　　曜日）

　　（　　時　　分）から（　　時　　分）まで

　 (4) 事業実施（指導）内容

　作業内容

　工賃　　　一人当たり平均月額　　　　　　　　　円

　　　　　　　工賃算定方法

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。

(5) 在籍障害者数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 知的障害者 | 身体障害者 | 精神障害者 | 計 |
| 男 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| 女 | 人 | 人 | 人 | 人 |

事業実施者と３親等以内の関係にある障害者　　人

（１日当たりの平均出席見込人数　　人）

　(6) 職員数

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 年齢 | 区分 | 採　用  年月日 | 基本給  （月額） | 勤務時間 | 職種  (担当） | 資格  職歴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

３　添付書類

建物（共同作業場）の平面図

その他

４　通所者の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 生年月日 | 性別 | 利用開始年月日 | 居住地 | 療育  手帳 | 身体障害者手帳 | 精神障害者保健福祉手帳 | 手帳を所持していない場合の障害名 | 平均通所日数 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |