

年 月 日

魚沼市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者 ⑩
電話番号

障害福祉人材夜勤手当支援事業補助金請求申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定(変更等承認)のあった魚沼市障害福祉人材夜勤手当支援事業補助金について、魚沼市障害福祉人材夜勤手当支援事業補助金交付要綱第10条第1項の規定により報告します。

記

- 1 補助金請求額 円
- 2 補助金請求根拠 夜勤対応者状況確認書(別紙1)
- 3 補助金請求期間 年 月分から 年 月分まで

4 振込先口座

金融機関名	(銀行・信用組合・金庫・農協)		(本店・支店・支所)	
ふりがな 口座名義	口座 番号	普 通 当 座	No.	

- 5 添付書類 補助金請求期間各月の夜勤対応者状況確認書(別紙1)

夜勤対応者状況確認書

法人名 _____

補助金交付申請額	円
時間当たりの補助額(上限500円)	円

補助金交付申請額の内訳

サービスの種類	事業所名	基準上の夜勤 対応者人数	夜勤時間帯(午後10時～翌日5時)の勤務時間・人数				申請期間内 の勤務日数
			(10:00～ :)	(: ~5:00)			
施設入所支援 (短期入所を併設する場合は含んだ 人数を記載する)		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
短期入所		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
共同生活援助		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
児童入所支援		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
		人以上	時間	人	時間	人	日
			時間	人	時間	人	日
			時間	人	時間	人	日

※ 「交付申請額」欄は、本確認書を添付する障害福祉人材夜勤手当支援事業補助金請求申請書(様式第6号)又は障害福祉人材夜勤手当支援事業補助金精算申請兼実績報告書(様式第7号)と一致すること。

※ 勤務時間帯等が異なる場合は、事業所毎に記載し添付すること。この際の交付申請額は、それぞれの確認書毎の金額を記載すること。