様式第1号

　　年　　月　　日

（宛先）名 古 屋 市 長

所在地

法人名

代表者職氏名

新型コロナウイルス感染症に係る障害児通所支援事業所等に対する

サービス継続支援事業補助金交付申請書

　　標記について、下記のとおり補助金が交付されるよう、新型コロナウイルス感染症に係る障害児通所支援事業所等に対するサービス継続支援事業補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1　事業所名

2　交付申請額　 金　　　　　　　円

3　経費所要額内訳

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)事業所等におけるサービス継続支援事業 | | | (2)事業所等との連携支援事業 | | | 申請額合計 |
| 基準単価 | 所要額 | 申請額 | 基準単価 | 所要額 | 申請額 |
| 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 | 千円 |

＊基準単価は、別表1から算出してください。

＊所要額は、個票に記載した所要額（千円未満切り捨て）を記入してください。

＊申請額は、基準単価と所要額を比較して低い方の額を記入してください。

4　個　票

　別紙のとおり

5　補助対象となる事案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 氏名 | 受給者証番号 | 発生した日 |
| * 休業要請 | ― | ― | 年　月　日～　　　年　月　日 |
| * 感染者 |  |  | 年　月　日 |
| * 濃厚接触者 |  |  | 年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 | | |
| * その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | 年　月　日 |

＊必要に応じて行の追加や別紙を添付してください。

＊感染者・濃厚接触者が利用者の場合には、受給者証番号を記入してください。