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福祉サービス等事業所等に対する

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福祉サービス等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

　 別紙申請額一覧、個票のとおり

4　補助対象となる事案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 氏名 | 受給者証番号 | 発生した日 |
| * 感染者 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 濃厚接触者 |  |  | 令和　年　月　日 |
| （感染者との接触状況等） | | |
| * 休業要請 | ― | ― | 令和　年　月　日～令和　年　月　日 |
| □　自費検査 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 居宅でのサービス提供 | | | 令和　年　月　日～令和　年　月　日 |
| * 他の事業所等の協力支援 | | | 令和　年　月　日～令和　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、障害福祉サービス受給者証番号を記入してください。