（様式第１号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金　事業計画書

　　　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金の交付を受けたいので、医療的ケア者グループホーム支援事業交付要綱第５条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり事業計画書を提出します。

記

１　補助事業等の名称

　　　　医療的ケア者グループホーム支援事業補助金

２　補助事業等の目的および内容

　　　　医療的ケアが必要な方のグループホームの整備を促進し、親亡き後の生活の場として、安心して生活できる機会を確保する。

３　補助事業等の完了の予定期日および実施の計画

補助事業開始予定日　　　　　年　月　日

補助事業完了予定日　　　　　年　月　日

４　交付申請額および算出方法

別紙のとおり

５　添付書類

（１）別紙1　医療的ケア者グループホーム支援事業補助金事業計画書

（別紙１）

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金事業計画書

所 在 地

法 人 名

代表者名

１　施設概要

（１）施設の名称および所在地

施 設 名

所 在 地

（２）設置主体および経営主体

　　　　　※法人概要および法人の予算決算の状況が分かるものを添付すること。

（３）施設の種類（それぞれの型に「◯」を付ける）

共同生活援助：介護サービス包括型　・　外部サービス利用型　・　日中サービス支援型

短期入所　　：併設　・　空床利用型

（４）整備区分（該当箇所に○を付ける）

創　　設　・　改　　修　・　そ の 他（　　　　　　　　　）

（５）施設定員および利用者数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 整備前 | 整備後 |
| ○年度 | １年目（○年度） | ２年目（○年度） | ３年目（○年度） | ４年目（○年度） |
| グループホーム定員 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 利用者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
|  | うち、医療的ケアが必要な重症心身障がい者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 短期入所定員 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 利用者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

（６） 想定する医療的ケアの対応範囲（「○」を記載）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケア種類 | 吸引 | 経管栄養 | 導尿 | 排便管理 | 注射 | 人工呼吸器 | その他（具体的に記載） |
|  |  |  |  |  |  |  |

２　施設整備費関係

（１）施設の規模等

ⅰ　敷地面積　　　　　　　　㎡

ⅱ　敷地の所有関係　　自己所有　・　借　　地　・　買収予定地

ⅲ　建物の面積　　　建築面積　　　　㎡　　　延床面積　　　　㎡

ⅳ　建物の構造　　　　　　　　　造　　　　　建

※配置図および各階平面図（部屋数や間取りなど基本的な構成が分かるもの）を添付すること。

※各室の用途（居室なのかトイレなのか）、おおよその面積が分かるものとすること。

（２）施設のコンセプト、立地条件、選定理由

|  |
| --- |
|  |

※施設の立地条件としてふさわしい事項等を記載

（３）施設整備の必要性および事業効果

|  |
| --- |
|  |

※利用見込状況、関係機関（行政、自治会、医療機関、他の福祉事業所など）との連携等を記載

（４）医療的ケアが必要な重症心身障がい者の利用のための工事内容

|  |
| --- |
|  |

※実績報告時には、工事内容がわかる内訳書および整備前後の図面・写真等を添付すること。

（５）整備費内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 主体工事費 | 円 |  |
| ２ | 工事事務費 | 円 |  |
| ３ | 小計（本体工事費） | 円 |  |
| ４ | その他工事費 | 円 |  |
|  | 合　計 | 円 |  |

※工事費費目別内訳表を添付すること。

（６）補助所要額等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 総事業費 | 円 |  |
| ２ | 補助対象経費 | 円 |  |
| ３ | 補助対象経費×補助率 | 円 | ２×「３／４」 |
| ４ | 補助基準額 | 円 |  |
|  | 定員４人から１０人 | 円 |  |
|  | 日中サービス支援型で定員の合計が20名まで | 円 |  |
|  | 短期入所整備加算 | 円 |  |
|  | エレベーター等設置整備加算 | 円 |  |
|  | 就労定着支援・自立生活援助・相談支援整備加算 | 円 |  |
|  | 居宅介護整備加算 | 円 |  |
|  | 避難スペース整備加算 | 円 |  |
| ５ | 補助所要額（＝交付申請額） | 円 | ３と４を比較して低い額 |
| ６ | 交付決定済額 | 円 |  |
| ７ | 実績報告額 | 円 | ５と７を比較して低い額 |

※６と７は、実績報告書提出時のみ記載

（７）財源内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 補助金（＝交付申請額） | 円 |  |
| ２ | 設置者負担 | 円 |  |
|  | 自己資金 | 円 |  |
|  | 寄付金 | 円 |  |
|  | その他（　　　　） | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

※他の補助金を活用する場合は、補助金概要を記載

|  |
| --- |
| （補助金名称、補助金内容、補助金所管部署等） |

（８）施工期間等（予定）

ⅰ　直営・請負の別　　　直　営　・　請　負

ⅱ　契約年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅲ　着工年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅳ　竣工年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅴ　事業開始年月日　　　　　　年　　月　　日

（９）収支予算書

１　収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 予算額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 | 円円 |   |
| 合　計 | 円 |   |

２　支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 予算額 | 備考 |
| 事業費 | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

３　施設運営費関係

（１）人員配置状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 配置人数 | 施設基準上必要な人員 |
| １ | 管理者 | 名 | 名 |
| ２ | 世話人 | 名 | 名 |
| ３ | 生活支援員 | 名 | 名 |
| ４ | 看護師 | 名 | 名 |
| ５ | 夜間支援従事者 | 名 | 名 |
| ６ | その他 | 名 | 名 |
| 合　計 | 名 | 名 |

※必要に応じて、行を追加してください

（２）入居予定者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者名 | 現居住地 | 医ケアの有無 | ケアの内容 | 重心の有無 | 障害支援区分 |
| 例 | Y.S | ○○市 | ○ | 喀痰吸引 | ○ | ６ |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |

※必要に応じて、行を追加してください

（３）利用者負担　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　目 | 料金（税込） |
| 入居 | 初期費用（調整） |  |
| 月額利用料 | 家賃 | ／月 |
| 光熱水費 | ／月 |
| 食事等 | ／月 |
| その他（日用品） | ／月 |
| 短期入所 | 初期費用（調整） |  |
| 利用料 | 家賃 | ／１泊２日 |
| 光熱水費 | ／１泊２日 |
| 食事等 | ／１泊２日 |
| その他（日用品） | ／１泊２日 |

※必要に応じて、行を追加してください

（４）収支計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業開始年度 | １年目（○年度） | ２年目（○年度） | ３年目（○年度） | ４年目（○年度） |
| 施設定員 |  |  |  |  |
| 受入人数 |  |  |  |  |
| 収 | 報酬（※1） |  |  |  |  |
| 入 | 家賃等 |  |  |  |  |
|  | 光熱水費 |  |  |  |  |
|  | 食事等 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 小　計１ |  |  |  |  |
| 支 | 報酬 |  |  |  |  |
| 出 | 給料 |  |  |  |  |
|  | 法定福利費 |  |  |  |  |
|  | 光熱水費 |  |  |  |  |
|  | 消耗品費 |  |  |  |  |
|  | 通信費 |  |  |  |  |
|  | 保険料 |  |  |  |  |
|  | 手数料 |  |  |  |  |
|  | リース料 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 小　計２ |  |  |  |  |
| 営業利益（１－２） |  |  |  |  |
| 受取利息 |  |  |  |  |
| 雑収入 |  |  |  |  |
| 営業外収益 |  |  |  |  |
| 支払利息 |  |  |  |  |
| 営業外費用 |  |  |  |  |
| 税引前純利益 |  |  |  |  |
| 法人税等 |  |  |  |  |
| 当期純利益（※2） |  |  |  |  |
| （参考）県補助金上限額 | 10,000 | 5,000 | 2,000 | － |

※　必要に応じて、行および項目を追加・修正してください

※１ 基本報酬、加算、減算の内容がわかる内訳を添付してください

※２ １年目から３年目の当期純利益が赤字の場合、黒字にならない範囲まで県補助金を交付予定

（５）職員の育成

|  |
| --- |
|  |

※職員が受講する予定の研修や育成計画等について記載してください

　例）喀痰吸引研修の1号または2号を受講した職員を夜間に配置予定 等

（６）緊急時の対応

|  |
| --- |
|  |

※利用者に緊急時発生時の体制や医療機関等との連絡体制など記載してください

　　　　　例）夜間も１名以上の職員駐在に加え、オンコールや宿直により緊急時に対応できる体制を整える 等

（様式第２号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金交付申請書

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金補助金の交付を受けたいので、福井県補助金等交付規則第４条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

１　補助事業等の名称

医療的ケア者グループホーム支援事業補助金

２　補助事業等の目的および内容

　　　　医療的ケアが必要な方のグループホームの整備を促進し、親亡き後の生活の場として、安心して生活できる機会を確保する。

３　補助事業等の完了の予定期日および実施の計画

補助事業開始予定日　　　　　年　月　日

補助事業完了予定日　　　　　年　月　日

４　交付申請額

金　　　　　　　　円

５　交付申請額の算出方法

別紙のとおり

６　補助事業等の経費の配分および経費の使用方法

別紙のとおり

７　添付書類

（１）別紙１　　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金事業計画書

（２）別紙２－①　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金収支予算書

（３）別紙２－②　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金収支予算書

（別紙２－①）

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金　収支予算書

（施設整備費関係）

○収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 | 円円 |   |
| 合　計 | 円 |   |

○支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 備考 |
| 事業費 | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（別紙２－②）

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金　収支予算書

（施設運営費関係）

○収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 | 円円 |   |
| 合　計 | 円 |   |

○支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 備考 |
| 事業費 | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（様式第３号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金交付変更申請書

　　　　　　年　月　　日付け福井県指令障第　　　号で交付決定を受けた　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金について、下記のとおり変更したいので、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

１　補助金名称　　医療的ケア者グループホーム支援事業補助金

２　変更内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |  |

３　変更理由

４　添付書類

（１）変更内容が確認できる資料

（２）その他参考となる資料

（様式第４号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金中止（廃止）申請書

　　補助事業の中止をしたいので、医療的ケア者グループホーム支援事業補助金交付要綱第８条の規定により届け出ます。

記

１　交付決定年月日および交付決定番号

　　　　年　　月　　日

福井県指令障第　　　号

２　中止の理由

（様式第５号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金完了実績報告書

　　　　　　年　　月　　日付け福井県指令障第　　　号で交付決定を受けた　　年度医療的ケア者グループホーム運営事業補助金の事業が完了したので、福井県補助金等交付規則第１２条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記

１　補助金等の名称

医療的ケア者グループホーム運営事業補助金

２　補助金の交付決定額およびその精算額

交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　円

精　算　額　　　　　　　　　　　　　　　円

３　精算額の算出方法

別紙のとおり

４　補助事業の実施期間

補助事業開始日　令和　　年　月　日

補助事業完了日　令和　　年　月　日

５　補助事業の成果

別紙のとおり

７　添付書類

（１）別紙３　　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金実績報告書

（２）別紙４－①　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金収支決算書

（３）別紙４－②　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金収支決算書

（別紙３）※事業計画書を最新状況に更新

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金実績報告書

所 在 地

法 人 名

代表者名

１　施設概要

（１）施設の名称および所在地

施 設 名

所 在 地

（２）設置主体および経営主体

　　　　　※法人概要および法人の予算決算の状況が分かるものを添付すること。

（３）施設の種類（それぞれの類型に「◯」を付ける）

共同生活援助：介護サービス包括型　・　外部サービス利用型　・　日中サービス支援型

短期入所　　：併設　・　空床利用型

（４）整備区分（該当箇所に○を付ける）

創　　設　・　改　　修　・　そ の 他（　　　　　　　　　）

（５）施設定員および利用者数

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 整備前 | 整備後 |
| ○年度 | １年目（○年度） | ２年目（○年度） | ３年目（○年度） | ４年目（○年度） |
| グループホーム定員 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 利用者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
|  | うち、医療的ケアが必要な重症心身障がい者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 短期入所定員 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 利用者 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |

（６）想定する医療的ケアの対応範囲

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ケア種類 | 吸引 | 経管栄養 | 導尿 | 排便管理 | 注射 | 人工呼吸器 | その他（具体的に記載） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

２　施設整備費関係

（１）施設の規模等

ⅰ　敷地面積　　　　　　　　㎡

ⅱ　敷地の所有関係　　自己所有　・　借　　地　・　買収予定地

ⅲ　建物の面積　　　建築面積　　　　㎡　　　延床面積　　　　㎡

ⅳ　建物の構造　　　　　　　　　造　　　　　建

※配置図および各階平面図（部屋数や間取りなど基本的な構成が分かるもの）を添付すること。

※各室の用途（居室なのかトイレなのか）、おおよその面積が分かるものとすること。

（２）施設のコンセプト、立地条件、選定理由

|  |
| --- |
|  |

※施設の立地条件としてふさわしい事項等を記載

（３）施設整備の必要性および事業効果

|  |
| --- |
|  |

※利用見込状況、関係機関（行政、自治会、医療機関、他の福祉事業所など）との連携等を記載

（４）医療的ケアが必要な重症心身障がい者の利用のための工事内容

|  |
| --- |
|  |

※実績報告時には、工事内容がわかる内訳書および整備前後の図面・写真等を添付すること。

（５）整備費内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 主体工事費 | 円 |  |
| ２ | 工事事務費 | 円 |  |
| ３ | 小計（本体工事費） | 円 |  |
| ４ | その他工事費 | 円 |  |
|  | 合　計 | 円 |  |

※工事費費目別内訳表を添付すること。

（６）補助所要額等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 総事業費 | 円 |  |
| ２ | 補助対象経費 | 円 |  |
| ３ | 補助対象経費×補助率 | 円 | ２×「３／４」 |
| ４ | 補助基準額 | 円 |  |
|  | 定員４人から１０人 | 円 |  |
|  | 日中サービス支援型で定員の合計が20名まで | 円 |  |
|  | 短期入所整備加算 | 円 |  |
|  | エレベーター等設置整備加算 | 円 |  |
|  | 就労定着支援・自立生活援助・相談支援整備加算 | 円 |  |
|  | 居宅介護整備加算 | 円 |  |
|  | 避難スペース整備加算 | 円 |  |
| ５ | 補助所要額（＝交付申請額） | 円 | ３と４を比較して低い額 |
| ６ | 交付決定済額 | 円 |  |
| ７ | 実績報告額 | 円 | ５と７を比較して低い額 |

※６と７は、実績報告書提出時のみ記載

（７）財源内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額 | 備　考 |
| １ | 補助金（＝交付申請額） | 円 |  |
| ２ | 設置者負担 | 円 |  |
|  | 自己資金 | 円 |  |
|  | 寄付金 | 円 |  |
|  | その他（　　　　） | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

※他の補助金を活用する場合は、補助金概要を記載

|  |
| --- |
| （補助金名称、補助金内容、補助金所管部署等） |

（８）施工期間等（予定）

ⅰ　直営・請負の別　　　直　営　・　請　負

ⅱ　契約年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅲ　着工年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅳ　竣工年月日　　　　　　　　年　　月　　日

ⅴ　事業開始年月日　　　　　　年　　月　　日

（９）収支予算書

１　収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 予算額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 | 円円 |   |
| 合　計 | 円 |   |

２　支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 予算額 | 備考 |
| 事業費 | 円 |  |
| 合　計 | 円 |  |

３　施設運営費関係

（１）人員配置状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 配置人数 | 施設基準上必要な人員 |
| １ | 管理者 | 名 | 名 |
| ２ | 世話人 | 名 | 名 |
| ３ | 生活支援員 | 名 | 名 |
| ４ | 看護師 | 名 | 名 |
| ５ | 夜間支援従事者 | 名 | 名 |
| ６ | その他 | 名 | 名 |
| 合　計 | 名 | 名 |

※必要に応じて、行を追加してください

（２）入居予定者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者名 | 現居住地 | 医ケアの有無 | 重心の有無 | 障害支援区分 |
| 例 | Y.S | ○○市 | ○ | ○ | ６ |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |

※必要に応じて、行を追加してください

（３）利用者負担　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　目 | 料金（税込） |
| 入居 | 初期費用（調整） |  |
| 月額利用料 | 家賃 | ／月 |
| 光熱水費 | ／月 |
| 食事等 | ／月 |
| その他（日用品） | ／月 |
| 短期入所 | 初期費用（調整） |  |
| 利用料 | 家賃 | ／１泊２日 |
| 光熱水費 | ／１泊２日 |
| 食事等 | ／１泊２日 |
| その他（日用品） | ／１泊２日 |

※必要に応じて、行を追加してください

（４）収支計画　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業開始年度 | １年目（○年度） | ２年目（○年度） | ３年目（○年度） | ４年目（○年度） |
| 施設定員 |  |  |  |  |
| 受入人数 |  |  |  |  |
| 収 | 報酬（※1） |  |  |  |  |
| 入 | 家賃等 |  |  |  |  |
|  | 光熱水費 |  |  |  |  |
|  | 食事等 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 小　計１ |  |  |  |  |
| 支 | 報酬 |  |  |  |  |
| 出 | 給料 |  |  |  |  |
|  | 法定福利費 |  |  |  |  |
|  | 光熱水費 |  |  |  |  |
|  | 消耗品費 |  |  |  |  |
|  | 通信費 |  |  |  |  |
|  | 保険料 |  |  |  |  |
|  | 手数料 |  |  |  |  |
|  | リース料 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 小　計２ |  |  |  |  |
| 営業利益（１－２） |  |  |  |  |
| 受取利息 |  |  |  |  |
| 雑収入 |  |  |  |  |
| 営業外収益 |  |  |  |  |
| 支払利息 |  |  |  |  |
| 営業外費用 |  |  |  |  |
| 税引前純利益 |  |  |  |  |
| 法人税等 |  |  |  |  |
| 当期純利益（※2） |  |  |  |  |
| （参考）県補助金上限額 | 10,000 | 5,000 | 2,000 | － |

※　必要に応じて、行および項目を追加・修正してください

※１ 基本報酬、加算、減算の内容がわかる内訳を添付してください

※２ １年目から３年目の当期純利益が赤字の場合、黒字にならない範囲まで県補助金を交付予定

（５）職員の育成

|  |
| --- |
|  |

※職員が受講する予定の研修や育成計画等について記載してください

　例）喀痰吸引研修の1号または2号を受講した職員を夜間に配置予定 等

（６）緊急時の対応

|  |
| --- |
|  |

※利用者に緊急時発生時の体制や医療機関等との連絡体制など記載してください

　　　　　例）夜間も１名以上の職員駐在に加え、オンコールや宿直により緊急時に対応できる体制を整える 等

（別紙４－①）

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金　収支決算書

（施設整備費関係）

○収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 決算額 | 増減額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 |  |  |  |   |
| 合　計 |  |  |  |   |

○支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 決算額 | 増減額 | 備考 |
| 事業費 |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（別紙４－②）

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金　収支決算書

（施設運営費関係）

○収入の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 決算額 | 増減額 | 備考 |
| 自己資本等県補助金 |  |  |  |   |
| 合　計 |  |  |  |   |

○支出の部　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 予算額 | 決算額 | 増減額 | 備考 |
| 事業費 |  |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |  |

上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

（様式第６号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金交付請求書

（概算払／精算払）

　　　　　　年　　月　　日付け福井県指令障第　　　号で交付決定のあったみだしの補助金を交付されるよう福井県補助金等交付規則第１５条の規定により請求します。

交付決定額　　　　　　　　　　　　　　　　円

既交付額　　　　　　　　　　　　　　　　円

今回請求額　　　　　　　　　　　　　　　　円

発行責任者（部署・役職・氏名）

担　当　者（部署・役職・氏名）

連　絡　先

【振込先口座情報】

　銀 行 名

　支 店 名

　口座番号

　名　　義

（様式第７号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金により

取得した施設にかかる財産処分承認申請書

　　福井県補助金等交付規則第２０条および　　　　年度医療的ケア者グループホーム運営事業補助金第１３条の規定に基づき、次の処分について承認願います。

記

１　処分の種類

２　処分の概要

３　経緯および処分の理由

４　添付書類

（様式第８号）

号

令和　　年　　月　　日

福井県知事　様

所 在 地

法 人 名

代表者名

　　　　年度医療的ケア者グループホーム運営事業にかかる

交付決定前着手の申請について

　　標記のことについて、下記のとおり実施したく、関係書類を添えて申請しますので、承認願います。

記

１　補助事業等の名称

医療的ケア者グループホーム支援事業補助金

２　交付決定前に着手する理由

３　添付書類

（様式第２号）　　年度医療的ケア者グループホーム支援事業補助金交付申請書