（別紙１）

令和　　年　　月　　日

小平市長　殿

法人の所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**小平市介護事業所感染拡大防止対策補助金交付申請書**

　小平市介護事業所感染拡大防止対策補助金として、次の金額を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

１　申請する介護サービス事業所

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 事業所数 | 事業所の名称（左に記載の事業所数分の名称を記入） |
| 居宅介護支援、介護予防支援 |  |  |
| 訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |
| 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護 |  |  |
| 短期入所生活介護、短期入所療養介護 |  |  |
| 福祉用具 |  |  |
| （看護）小規模多機能型居宅介護 |  |  |
| 認知症高齢者グループホーム |  |  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）地域密着型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 |  |  |
| 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）サービス付き高齢者向け住宅住宅型有料老人ホーム |  |  |
| 訪問型サービス（上記指定を受けていない場合）通所型サービス（上記指定を受けていない場合） |  |  |

２　申請額　　　　　　　　　円

３　振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 銀行・農協信用金庫労働金庫 |  | 支店出張所 | 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

４　担当者氏名・連絡先電話番号

（別紙２）

令和　　年　　月　　日

　小平市長　殿

法人の所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**小平市介護事業所感染拡大防止対策補助金実績報告書**

補助金等の交付決定を受けた感染拡大防止対策補助に係る実績について、次のとおり報告します。

１　介護サービス事業所数、事業所名称

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービス種別 | 事業所数 | 事業所の名称（左に記載の事業所数分の名称を記入） |
| 居宅介護支援、介護予防支援 |  |  |
| 訪問介護、夜間対応型訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |  |  |
| 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護 |  |  |
| 短期入所生活介護、短期入所療養介護 |  |  |
| 福祉用具 |  |  |
| （看護）小規模多機能型居宅介護 |  |  |
| 認知症高齢者グループホーム |  |  |
| 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）地域密着型特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設 |  |  |
| 特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）サービス付き高齢者向け住宅住宅型有料老人ホーム |  |  |
| 訪問型サービス（上記指定を受けていない場合）通所型サービス（上記指定を受けていない場合） |  |  |

２　購入実績額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　円

 (添付書類)経費の支出が確認できる領収書（レシート可）、請求書又はその写し