

杉並区長 宛

所在地
法人名
代表者職・氏名

令和 年度杉並区特定相談・一般相談連携機能強化支援事業補助金交付申請書

令和 年度杉並区特定相談・一般相談連携機能強化支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

申請額 金 _____ 円

(添付資料)

- 1 実施計画書（第1-1号様式）

法人名	
担当者	
電話	
e-mail	

実施計画書

1 対象事業所

相談支援事業所別	法人名	事業所名
特定・一般		

2 地域移行に向けた主な取組内容(予定)

※過去3年間の実績に基づいて計画し、記載すること。

3 積算内訳

入所施設等別利用者数(予定) (人) (A)	利用月数(予定) (月) (B)	延べ利用月数(予定) (月) (C=A×B)	備考
障害者支援施設	人	か月	か月
障害児入所施設	人	か月	か月
精神科病院	人	か月	か月
その他(救護、更生、 刑事施設等)	人	か月	か月
計	人	か月	か月(D)

4 交付申請額

上限額(E)	利用者1人当たり基準額12,000円×延べ予定利用月数(D)	円
支出予定額(F)	実支出予定額 - 寄附金その他収入予定額	円
交付申請額(G)	(E)又は(F)のいずれか少ない額 ※1,000円未満の端数が生じる場合は端数切捨て	円