

様式第7号（第22条関係）

令和●年●月●日

山都町長様

(申請者)

住所 上益城郡山都町●●■■■番地

法人名 社会福祉法人□□□会

事業所名 ■■■事業所

代表者役職・氏名 理事長 ●● ●●

“申請書”は押印不要

## 訪問介護等移動経費支援事業支援金支給申請書

訪問介護等移動経費支援事業支援金の支給を受けたいので、介護現場の生産性向上支援事業実施要綱第22条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請期間	<input checked="" type="checkbox"/> 上半期（4月～9月分） <input type="checkbox"/> 下半期（10月～3月分）					
事業所所在地	山都町●●■■■番地					
サービス種別	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護（通院等乗降介助を除く） <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 （訪問看護のみの訪問分を除く） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護（訪問サービス提供に係る訪問分）					
上半期又は下半期の 訪問回数	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	3回	6回	4回	6回	3回	5回
交付申請額	12,200円					

※サービス提供事業所～利用者宅の移動時間が片道 20 分以上の利用者のみを記載すること

※利用者を記載しきれない場合、利用者欄を適宜追加して使用すること

【訪問回数積算表】

利用者①	氏名 被保険者番号	【氏名】 <b>山都 太郎</b> 【被保険者番号】 <b>0012345678</b>					
	事業所～利用者宅の距離等	片道 <b>2 5</b> km ・所要時間 <b>3 1</b> 分 地図アプリ等による確認 ( <input checked="" type="checkbox"/> 確認可能・ <input type="checkbox"/> 確認不可)					
	住 所	山都町 ■■ <b>100</b> 番地					
	訪問回数	4 月 2 回	5 月 5 回	6 月 3 回	7 月 5 回	8 月 2 回	9 月 4 回
利用者②	氏名 被保険者番号	【氏名】 <b>熊本 花子</b> 【被保険者番号】 <b>00987654321</b>					
	事業所～利用者宅の距離等	片道 <b>2 1</b> km ・所要時間 <b>2 5</b> 分 地図アプリ等による確認 ( <input checked="" type="checkbox"/> 確認可能・ <input type="checkbox"/> 確認不可)					
	住 所	山都町 ▽▽ <b>500</b> 番地					
	訪問回数	4 月 1 回	5 月 1 回	6 月 1 回	7 月 1 回	8 月 1 回	9 月 1 回
利用者③	氏名 被保険者番号	【氏名】		【被保険者番号】			
	事業所～利用者宅の距離等	片道     km ・所要時間     分 地図アプリ等による確認 ( <input type="checkbox"/> 確認可能・ <input type="checkbox"/> 確認不可)					
	住 所	山都町		番地			
	訪問回数	月 回	月 回	月 回	月 回	月 回	月 回

事業所における月毎の訪問回数	4 月	3 回	1,300 円	7 月	6 回	3,500 円
	5 月	6 回	3,500 円	8 月	3 回	1,300 円
	6 月	4 回	1,300 円	9 月	5 回	1,300 円
合計金額 (6 か月分)	<b>12,200 円</b>					

回数に応じた補助額 (月毎)	1 回～5 回	6 回～10 回	11 回～15 回	16 回～20 回	21 回以上
	1,300 円	3,500 円	5,800 円	8,000 円	11,100 円