第3号様式（第8条）

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金変更承認申請書

年　　月　　日

多古町長　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　年　　月　　日付け多古町指令第　　号　　で補助金交付の決定のあった　　　　年度多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金について下記のとおり変

更したいので、多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金交付要綱第8条の規

定により申請します。

記

１　変更後の交付申請額　金　　　　　　　　　　　　円

２　多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金変更所要額調書（別紙２）

　３　収支予算書抄本

別紙２

多古町重症心身障害児等短期入所特別支援事業補助金変更所要額調書

事業所名：

担当者名：

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象経  費  A | 寄附金その他の収入額  B | 差引額  C(A‐B) | 補助基本額  D | 補助変更所要額（CとDを比較して少ない額） | 交付決定済額  F | 差引過不足額  F‐E |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. 補助対象経費の支出予定額(A)は、下表(1)補助対象経費の支出予定額内訳の合計額を

記入してください。

1. 補助基準額計(D)は、下表(2)補助基準額積算内訳の合計額を記入してください。
   1. 補助対象経費の支出予定額内訳

（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 人件費 |  |
| その他運営費 |  |
| 合計額　　A |  |

　注3　人件費は、利用対象者の支援にあたる職員の人件費を記入してください。なお、複数の

　　　職員が支援にあたる場合は、各職員における業務割合を算出し、合算してください。

　注4　その他運営費は、利用対象者のみに係る運営に係る経費を記入してください。

* 1. 補助基準額積算内訳

（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象事業  の区分 | 利用対象者名 | 補助基準額  a | 利用日数  b | 補助基準額小計  a×b | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計額　　D | | | |  |  |

注5　補助対象事業の区分は、終日型短期入所利用の場合は、「終日」を、夜間型短期入所

　　　利用の場合は「夜間」と記入する。