別記第1号様式（第6条）

多古町強度行動障害加算事業補助金交付申請書

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

　　　年度多古町強度行動障害加算事業補助金の交付を受けたいので、多古町強度行動障害加算事業補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

２　施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施　設　名 | 所　　在　　地 | 種　　別 | 定　員 |
|  |  |  | 名 |

　※千葉県知事へ届け出たことを証する書類及び対象経費に係る収支予算書を添付

してください。

３　対象者計　　　　名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（フリガナ） | 性別 | 生年月日 | 入所年月日 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

　　※対象者に係る個別支援計画を添付してください。