第7号様式（第9条）

年度多古町強度行動障害加算事業補助金所要額調書

事業所名：

担当者名：

（単位：円）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象経費の支出予定額  Ａ | 寄付金その他の収入額  Ｂ | 差引額  Ｃ（Ａ－Ｂ） | 基準額  Ｄ | 所要額  (ＣとＤを比較して少ない額) |
|  |  |  |  |  |

注１　対象経費の支出済額（Ａ）は、下表（１）対象経費の支出予定額の合計額を記入してください。

注２　基準額（Ｄ）は、下表（２）基準額積算内訳の合計額を記入してください。

（１）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、対象者の支援にあたる生活支援員及び心理療法担当職員等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、対象者のみに係る運営に関する経費を記入してください。

（２）基準額積算内訳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 施設種別 | 利用者名 | 利用日数 | 基準額  4,810円×利用日数 | 備考 |
|  |  |  | 日 | 円 |  |
|  |  |  | 日 | 円 |  |
|  |  |  | 日 | 円 |  |
| 合計額　　　Ｄ | | | | 円 |  |

※１．対象ごとに記載してください。

　２．利用日数は、申請年度における日数を記入してください。