

別紙

この支援金の申請に関して問い合わせができる先を記入してください

記入例

事務担当者名： 井上 容子 連絡先： 0 5 5 4 - 2 3 - 8 0 3 1

No.	事業所名	事業所所在地	事業所種別	区分		支援金額
					入所系の場合 合定員数	
1	おおつき障害相談事務所	大月市大月 2-6-20	障害者・計画相談支援	訪問系		60,000円
2	障害児相談おおつき	大月市大月 2-6-20	障害児・計画相談支援	訪問系		60,000円
3	おおつき(通所)	大月市大月 2-6-20	生活介護	通所系		300,000円
4	支援B型おおつき	大月市大月 2-6-20	就労継続支援B型	通所系		300,000円
5	児童発達支援事業所大月	大月市大月 2-6-20	児童発達支援	通所系		300,000円
6	放課後デイサービス大月	大月市大月 2-6-20	放課後デイサービス	通所系		300,000円
7	支援センターおおつき	大月市大月 2-6-20	地域活動支援センター	通所系		300,000円
8	グループホームおおつき	大月市大月 2-6-20	共同生活援助(GH)	入所系	10	500,000円
9	短期入所おおつき	大月市大月 2-6-20	短期入所	入所系	15	500,000円
10	おおつき寮	大月市大月 2-6-20	施設入所支援	入所系	40	1,400,000円
合計						4,020,000円

※「事業所種別」、「区分」及び「支援金額」は、大月市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応重点支援金交付要綱の別表の該当するものを記入すること。

「事業所種別」「区分」は、大月市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応重点支援金交付要綱の別表をご覧の上、該当するものを記入してください。