

## 横浜市障害児相談支援推進事業補助金交付申請書

(申請先)  
横浜市長

(申請者)

所在地

横浜市中区本町1-2-3

法人名

株式会社

代表者職名及び氏名

代表取締役 ●●●●

次により、横浜市障害児相談支援推進事業補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額

150,000円

2 申請対象の障害児相談支援事業所と実施見込み人数

事業所番号	事業所名	実施見込み児童数 (学齢)	実施見込み児童数 (重度)
1234567890	相談支援事業所	5人	1人

3 添付書類

- 補助金等にかかる収支予算書（第1号様式 別紙）
- 横浜市障害児相談支援実施状況報告書（昨年度新規実績）（第2号様式）
- 役員等名簿（第3号様式）
- 指定書の写し

担当者

横浜 太郎

電話番号

045-123-3456

メールアドレス

▲▲@abc.efg.jp

## 補助金等にかかる収支予算書

申請者（法人）名 ●●株式会社

(円)

収入		支出	
給付費	4,100,000	人件費	4,300,000
本補助金	150,000		
自己資金等	50,000		
合計	4,300,000	合計	4,300,000

※給付費は障害児相談支援ならびに計画相談支援の給付費の合計額になります。

令和3年度の本補助事業に係る収支の見込み額を記載してください。  
本補助は、人件費補助となります。そのため、事業所の人件費が、法定の給付費及び当該補助金の合計額よりも低い場合、人件費の額が上限となります。

$$\text{人件費} \geq \text{給付費} + \text{本補助金}$$

申請法人名 ●●●株式会社

事業所名 ▲▲▲相談支援事業所

昨年度新規件数

種別	件数	(うち重度)	件
未就学児	0	0	件
学齢児	5	1	件
合計	5	1	件

- ・ 審査の参考とするため、令和2年度に新規で実施した、障害児相談支援を記載ください。（計画相談の記載は不要です。）
- ・ 令和2年度に新規が無い場合は、「0件」と記載してください。

役員等名簿

申請者（法人）名 ●●●株式会社

役職名・呼称	氏名 (姓と名を1字開けてください)		生年月日				性別	住所
	カナ (半角)	漢字	m (明治) t (大正) s (昭和) h (平成)	年	月	日	男性 (m) 女性 (f)	
代表取締役	●● ▲▲	●● ▲▲	S	●	●	●	m	●●市●●区▲▲1-1-1
専務取締役	●● ▲▲	●● ▲▲	S	●	●	●	f	●●市●●区▲▲1-1-1
役員	●● ▲▲	●● ▲▲	S	●	●	●	f	●●市●●区▲▲1-1-1
役員	●● ▲▲	●● ▲▲	S	●	●	●	m	●●市●●区▲▲1-1-1

※横浜市暴力団排除条例第8条に基づき、申請法人の代表者又は役員に暴力団員がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を神奈川県警察本部長に照会することについて同意します。  
また、記載された全ての役員に趣旨を説明し、同意を得ています。

法人名 ●●●株式会社

代表者名 代表取締役 ●● ▲▲

令和●年●月●日

横浜市障害児相談支援推進事業補助金事業実績報告書

（報告先）  
横浜市長

（申請者）

所在地 横浜市中区本町1-2-3

法人名 ●●株式会社

代表者職名及び氏名 代表取締役 ●● ●●

令和●年●月●日ご障福第●●●●号により交付決定を受けた横浜市障害児相談支援推進事業補助金の事業実績について、次の関係書類を添えて報告します。

- 事業所名 ▲▲▲相談支援事業所
- 交付確定金額 ●●●,●●● 円
- 添付書類  
(1) 補助金等にかかる収支決算書（第7号様式別紙）  
(2) 横浜市障害児相談支援推進事業実施状況報告書（実績）（第8号様式）  
(3) 補助対象児童であることを挙証する書類

担当者 横浜 太郎  
電話番号 045-123-3456  
メールアドレス ▲▲@abc.efg.jp

補助金等にかかる収支決算書

申請者（法人）名 ●●株式会社

収 入		支 出	
給付費	<b>4,100,000</b>	人件費	<b>4,300,000</b>
本補助金	<b>150,000</b>		
自己資金等	<b>50,000</b>		
合 計	<b>4,300,000</b>	合 計	<b>4,300,000</b>

※給付費は障害児相談支援ならびに計画相談支援の給付費の合計額になります。

横浜市障害児相談支援推進事業補助金実施状況報告書（実績）

申請法人名 ●●●株式会社

事業所名 ▲▲▲相談支援事業所

	受給者証番号	受給者名	児童名	学齢児	重度
1	123456789	●● ●●	▲▲ ▲▲	20,000	
2	123456789	●● ●●	▲▲ ▲▲	20,000	
3	123456789	●● ●●	▲▲ ▲▲	20,000	
4	123456789	●● ●●	▲▲ ▲▲	20,000	
5	123456789	●● ●●	▲▲ ▲▲	20,000	
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
合計					100,000

※各児童が補助対象の児童であることを証明する書類を添付してください

要件	必要書類
①未就学の時に障害児相談の利用があるため、学齢児となって新たに実施しても、法定の初回加算の対象とならない学齢児	・障害児相談支援給付費明細書
②居宅訪問型児童発達支援の対象となりうる、外出することが困難な、重度の障害の状態の児童	・障害児相談支援給付費明細書 ・居宅訪問型児童発達支援の利用確認書

請求書にのみ、押印が必須となります。

年 月 日

横浜市障害児相談支援推進事業補助金請求書

横浜市長

所在地  
法人名  
代表職名及び氏名

横浜市中区本町1-2-3  
●●株式会社  
代表取締役 ●● ●● 印

補助金額の確定通知のあった、横浜市障害児相談支援推進事業補助金を、次のとおり請求します。

- 1 事業所名 ▲▲▲相談支援事業所
- 2 補助金請求額 ●●●,●●● 円

3 振込先口座

銀行名	●●銀行
支店名	●●支店
預金種目	普通
口座番号	12345678
口座名義人（フリガナ）	▲▲ ▲▲
口座名義人	▲▲ ▲▲