様式第１号

　　年　　月　　日

枚方市長　様

所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

**枚方市グループホーム重度障害者対応改修事業事前協議書**

枚方市グループホーム重度障害者対応改修事業を行いたいので、枚方市グループホーム重度障害者対応改修補助金交付要綱第７条の規定に基づき、事前協議書に関係書類を添えて、協議を依頼します。

（連絡先）担当者名：

住所：

電話：

ＦＡＸ：

メールアドレス：

事前協議書・明細書

１　所要額算定表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象経費支出予定額ア | 補助基本額イ | 選　定　額アとイの少ない方の額×補助率 | 補助金交付申請額 |
|  |  |  |  |

２　事業実施計画

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 |  |
| 事業所の名称 |  |
| 障害者総合支援法の規定による共同生活援助に係る事業者指定の状況 | □　指定済み　　指定年月日　　　年　　月　　日　　　事業者番号　　有効期限　　　　　　　　　　年　　月　　日□　申請中　　　申請受付日　　　年　　月　　日 |
| 事業所の所在地において他に実施している事業 |  |
| 具体的は事業計画内容 |  |

３　申請対象事業の内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |
| --- | --- |
| 費　　用 | 内　　容 |
|  |  |

＊内容ごとに記載してください。

事業概要調書

所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

枚方市グループホーム重度障害者対応改修補助金交付要綱第７条の規定により、協議する事業は下記のとおりです。

１　事業所（住居）の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 対象住居の所在地 |  |
| 対象住居の名称 |  |
| 事業内容 | □バリアフリー化工事　　□スプリンクラーの設置　　□スプリンクラーの設置可能な物件への転居 |
| 開設予定日および　　事業予定完了日 | ■開設予定日　　　　　　　　　　　　■事業完了予定日 |
| 連絡先 | TEL | FAX |
| 管理者氏名 |  |
| 営業（予定）日 |  |
| サービス提供日および営業時間 |  |
| 区分4以上の入居者割合（予定） |  |
| 入居者数に対する本市の利用者の割合（予定） |  |
| 主たる対象者（○で囲む） | 身体障害者・知的障害者・精神障害者 |

２　他の補助金の申請状況（必ず記入してください）

（１）当該事業所又は事業所を含む施設の開設整備について国や府、他の補助団体から補助を受けていますか（申請中を含む）

□　受けている　　（助成機関名　　　　　　補助事業の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　申請中　　　　（助成機関名　　　　　　補助事業の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□　いいえ

＊他の法令から補助を受けている（受けることが確定している場合）場合、当該申請の対象とはなりません。