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。