

第1号様式(第7条関係)

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業支給申請書

上板町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者(本人)	フリガナ			生年月日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日
	氏名			受給者証番号	
	居住地	〒 板野郡上板町 電話番号 - -			
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

サービス 利用 状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等								
	認定障害 程度区分	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	サービス提 供事業所名	1							提供開始年月日	平成 年 月 日
		2							提供開始年月日	平成 年 月 日
3								提供開始年月日	平成 年 月 日	
入院先医療機関名								入院予定期間	平成 年 月 日	

入院事由等(入院の経緯、理由等をご記入ください。)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

調査同意書

この申請に関して、利用者本人及び本人の属する世帯員の課税状況並びに生活保護の受給状況又は私の自立支援給付(障害福祉サービス)の支給決定内容及び利用状況を、上板町が所有する個人情報により調査・確認することに同意します。
なお、この調査、確認にあたり、私の属する世帯全員の同意もえています。また、この申請に関する支給決定に際して、上板町が行う日常生活の状況やサービスの利用意向などの聞き取り調査に応ずることに同意します。

支給申請者等氏名・印

印

第2号様式(第7条関係)

平成 年 月 日

重度障害者入院時コミュニケーション支援員派遣承諾書

上板町長 納 田 伸 春 殿

(入院患者氏名) _____ の入院に当たり、重度障害者入院時コミュニケーション支援員が当医療機関に対して派遣され、当機関内にてその業務を行うことを承諾いたします。

医療機関名

同意者職・氏名

印

平成 年 月 日

重度障害者入院時コミュニケーション支援員派遣承諾書

上板町長 納 田 伸 春 殿

(入院患者氏名) _____ の入院に当り、重度障害者入院時コミュニケーション支援員が当医療機関に対して派遣され、当機関内にてその業務を行うことを承諾いたします。

医療機関名

同意者職・氏名

印

様

上板町長 納 田 伸 春

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業支給決定通知書

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので、通知します。

記

受給者証番号		支給決定日	平成 年 月 日
支給決定障害者氏名			
利用者負担			
支給決定内容	支給量	時間	
	支給決定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	利用事業者名		
	備考		

様

上板町長 納 田 伸 春

却 下 決 定 通 知

平成 年 月 日に申請のありました「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業」の支給について、下記の理由により却下することを決定しましたので通知します。

記

1. 申請事項

2. 却下の理由

第6号様式(第9条関係)

平成 年 月分

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業サービス提供実績記録票

受給者番号		支給決定障害者氏名		登録事業所番号		
契約支給量				事業者及び		
				その事業所		
1	入院医療機関名		入院日	平成 年 月 日	退院(予定)日	平成 年 月 日
2	入院医療機関名		入院日	平成 年 月 日	退院(予定)日	平成 年 月 日
3	入院医療機関名		入院日	平成 年 月 日	退院(予定)日	平成 年 月 日

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	利用者負担額	サービス提供印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
		合計						

第7号様式(第9条関係)

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業契約内容報告書

平成 年 月 日

上板町長

登録事業所番号	
事業者及び その事業所 の名称 代表者	印

下記のとおり当事業者との重度障害者入院時コミュニケーション支援事業契約内容について報告します。

記

報告対象者

受給者番号	
支給決定障害者氏名	

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入 の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を 変更した日)	理由
				<input type="checkbox"/> 1新規契約 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約 <input type="checkbox"/> 2契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量での サービス提供を終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了 <input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了 <input type="checkbox"/> 2契約の変更

第8号様式(第10条関係)

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業支給変更(継続)申請書

上板町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者(本人)	フリガナ		生年月日	明治・昭和 大正・平成 年 月 日	
	氏名		受給者証番号		
	居住地	〒 板野郡上板町 電話番号 - -			
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号	

変更内容	変更前	変更後
支給量	時間/月	時間/月
利用者負担	円	円
入院先医療機関		
入院予定期間	～ 平成 年 月 日	～ 平成 年 月 日
サービス提供 事業所		
その他 (住所等)		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 _____		

調査同意書

この申請に関して、利用者本人及び本人の属する世帯員の課税状況並びに生活保護の受給状況又は私の自立支援給付(障害福祉サービス)の支給決定内容及び利用状況を、上板町が所有する個人情報により調査・確認することに同意します。

なお、この調査、確認にあたり、私の属する世帯全員の同意もえています。また、この申請に関する支給決定に際して、上板町が行う日常生活の状況やサービスの利用意向などの聞き取り調査に応ずることに同意します。

支給申請者等氏名・印

印

様

上板町長 納 田 伸 春

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業支給変更(継続)決定通知書

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の変更(継続)について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので、通知します。

記

受給者証番号		支給決定日	平成 年 月 日
支給決定障害者氏名			
利用者負担			
支給決定内容	支給量	時間	
	支給決定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
	利用事業者名		
	備考		

様

上板町長 納 田 伸 春

変 更 (継 続) 却 下 決 定 通 知

平成 年 月 日に申請のありました「重度障害者入院時コミュニケーション支援事業」の変更(継続)申請について、下記の理由により却下することを決定しましたので通知します。

記

1. 申請事項

2. 却下の理由

様

上板町長 納 田 伸 春

支 給 決 定 取 消 通 知

上板町重度障害者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱第10条の規定に基づき、下記のとおり支給決定を取消しましたので通知します。

記

1. 支給決定者
2. 支給取消日
3. 却下の理由

上板町長 殿

住所(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)
申請(設置)者

氏名(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)

上板町重度障害者入院時コミュニケーション支援事業登録事務所として登録を受けたいので、次のとおり申請します。

申請 (設置) 者	フリガナ	
	名称	
	主たる事務所の 所在地	
	連絡先	
	法人の種別	
	代表者の職・氏名	
事業 実施 事業 所	フリガナ	
	名称	
	事業所の 所在地	

※ この申請書は事業所の所在地ごとに記入すること。

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録申請書

様

上板町長 納 田 伸 春

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録通知書

平成 年 月 日に申請のあった重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録申請
について、下記のとおり登録することを決定いたしましたので通知します。

記

申請 (設置) 者	フリガナ	
	名称	
	主たる事務所の 所在地	
	連絡先	
	法人の種別	
	代表者の職・氏名	
	事業 実施 事業 所	フリガナ
名称		
事業所の 所在地		
事業所番号		
登録年月日	平成 年 月 日	

様

上板町長 納 田 伸 春

変 更 (継 続) 却 下 決 定 通 知

平成 年 月 日に申請のあった重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録申請
について、下記の理由により却下することを決定いたしましたので通知します。

記

1. 申請事項

2. 却下の理由

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者登録事項変更届出書

上板町長 殿

住所(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)
申請(設置)者

氏名(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業登録事務所の登録内容に変更がありましたので、次のとおり申請します。

申請 (設置) 者	フリガナ	
	名称	
	主たる事務所の 所在地	
	連絡先	
	法人の種別	
	代表者の職・氏名	
	事業 実施 事業 所	フリガナ
	名称	
	事業所の 所在地	
	その他	

※ この申請書は事業所の所在地ごとに記入すること。

※ 変更箇所のみ記入すること。

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求・受領委任届出書

上板町長 殿

住所(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)
申請(設置)者

氏名(法人にあたっては、主たる事務所の所在地)

次のとおり事業を 廃止 (休止 ・ 再開)をしましたので届け出ます。

廃止 (休止 ・ 再開) する 事業者	フリガナ	
	名称	
	主たる事務所の 所在地	
	連絡先	
	法人の種別	
	代表者の職・氏名	
廃止 (休止 ・ 再開) する 事業所	フリガナ	
	名称	
	事業所の 所在地	
廃止・休止・再開 年 月 日		

※ この申請書は事業所の所在地ごとに記入すること。

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求・受領委任届出書

上板町長 殿

住所

氏名

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費の支給について下記の事業者を代理人に定め、その請求並びに受領に関する一切の権限を委任します。

記

1. 委任事業者

所在地

事業者名

代表者氏名

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求書

上板町長

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

		年		月	分
--	--	---	--	---	---

内訳	支給決定者	総費用額	利用者負担額	請求額
1		円	円	円
2		円	円	円
3		円	円	円
合計		円	円	円

上記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

請求事業者	登録事業所	
	住所 (所在地)	
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

口座名等振込先をご記入ください。

銀行名	
支店名	
口座の種	
口座番号	
口座名義	

重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求明細書

平成 年 月分

受給者番号					
支給決定障害者名					

登録事業者番号									
事業者及びその事業所の名称									

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位数	提供時間数	当月算定額
		円	時間	円
				①

利用者負担額計算欄	利用者負担額等の内訳	当月算定額
	利用者負担額	円
		②

当月 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業請求額①-②	円
--------------------------------	---