

堺市重症心身障害児・重症心身障害者特別介護加算費支給申請書

年 月 日

堺 市 長 殿

申請者
所在地
名称
代表者職・氏名

堺市重症心身障害児・重症心身障害者特別介護加算費支給要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

①施設・事業所名				
②設置主体				
③対象児童等の氏名及び 生年月日	フリガナ			
	年 月 日（ 歳）			
④入所年月日	年 月 日			
⑤対象児童等の状況	移動		排泄	
	食事		重複障害	
	衣服の着脱		その他	

注意

- 1 対象児童等が施設・事業所を退所された際には、堺市障害福祉サービス課まで速やかに連絡をしてください。
- 2 ⑤対象児童等の状況の欄は、記入要領に基づき記入してください。

対象児童等の各月初日の在籍の事実の有無	上記申請者の施設・事業所に、対象児童等が在籍していることを証明する。 (堺市 担当者氏名)
---------------------	---