令和　　　年　　　月　　　日

（宛先）姫路市長

設置者住所

設置者名

代表者名

令和　　　年度療育支援加算適用申請書

　本施設において、主任保育士または主幹保育教諭（以下「主任保育士等」という。）を専任化し、主任保育士等を補助する者を配置した上で、障害児を受け入れ、地域住民等の子どもの療育支援に取り組んでいるため、次のとおり加算適用を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 加算適用年月日（年度内の月の初日において障害児が１人以上利用している日） | 年　　　　月　　　　日　　　　 |
| 対象こども数（申請日現在） |
| 1号認定 | Ａ | 名　 | Ｂ | 名　 |
| 2号認定 | Ａ | 名　 | Ｂ | 名　 |
| 3号認定 | Ａ | 名　 | Ｂ | 名　 |
| 療育支援の取り組み内容 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※対象こども数欄は認定区分別および下記区分ごとに集計してください。

　Ａ・・・特別児童扶養手当支給対象児童

　Ｂ・・・Ａ以外で障害が認められる児童

※療育支援の取り組み内容欄は、箇条書きではなく、文章で詳しく記載してください。

＜添付資料＞

　・療育支援加算対象児童名簿（名簿について、添付資料が必要な場合があります。）

令和　　年度　療育支援加算対象児童名簿

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | こどもコード | 児童氏名 | 年齢 | 認定区分 | 児童障害区分 | 在籍期間 |
| 1 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 2 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 3 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 4 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 5 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 6 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 7 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 8 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 9 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 10 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 11 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 12 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 13 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 14 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 15 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 16 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 17 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 18 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 19 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 20 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 21 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 22 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 23 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 24 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |
| 25 |  |  |  |  | Ａ ・ Ｂ | ～ |

※児童障害区分について

　①　特別児童扶養手当支給対象児童の場合、“Ａ”を選択

　②　①以外の場合、“Ｂ”を選択

※在籍期間の始期は、申請年度の４月１日以降で記載してください。

＜添付資料＞

対象児童がすべて“Ｂ”の場合、児童ごとに障害があることを証明する資料の写しの添付が必要です。

（身体障害者手帳、療育手帳、医師その他の専門家による診断書や意見書、特別支援保育事業（市単独補助事業）で使用する児童個別状況報告書、個別支援計画など）