

## 応募申請書 (記載例)

## 1. 応募者の概要

|                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| 応募施設名                 |   |  |
| 住所                    | 〒   |  |
| 経営法人名                 |   |  |
| 担当者                   | 部署名   |  |
|                       | 担当者名  |  |
| 連絡先                   | 電話番号  |  |
|                       | F a x   |  |
|                       | メールアドレス                                       |  |
| ホームページ<br>(ない場合は記載省略) | <a href="http://www.〇〇〇〇">http://www.〇〇〇〇</a> |  |

## 2. 応募要件への適合性

|                   |                        |                             |  |
|-------------------|------------------------|-----------------------------|--|
| 施設区分              | 障害者支援施設、ケアホーム等の別       |                             |  |
| 実施サービス            | 短期入所、生活介護等実施しているサービス全て |                             |  |
| 短期入所<br>定員数       | 〇名                     |                             |  |
| 職員等の体制            | 日中                     | 医師 〇名<br>看護師 〇名<br>生活支援員 〇名 |  |
|                   | 夜間                     | 看護師 〇名<br>生活支援員 〇名          |  |
| 連携医療機関            | 医療機関名                  | 医療法人〇〇会 〇〇病院                |  |
|                   | 住所                     |                             |  |
| 指定された場合<br>の受入対象者 | 脳損傷                    | 特I種                         |  |
|                   |                        | I種                          |  |
|                   |                        | II種                         |  |
|                   | 脊髄損傷                   | 特I種                         | 「〇」か「×」を記載<br>常に受入対象としないも<br>のの、状況に応じて受け<br>入れられる場合は「△」<br>を記載 |
|                   |                        | I種                          |  |
|                   |                        | II種                         |  |
|                   | 胸腹部臓器<br>損傷            | 特I種                         |  |
|                   |                        | I種                          |  |
|                   |                        | II種                         |  |

## 3. その他

|                             |               | 平成24年度 | 平成23年度 |   |
|-----------------------------|---------------|--------|--------|---|
| 受 入 実 績                     | 遷延性意識障害者      | 人      | 人      |   |
|                             | 高次脳機能障害者      | 人      | 人      |   |
|                             | 脊 髄 損 傷 者     | 人      | 人      |   |
|                             | うち介護料受給資格者 計  |        |        | 人 |
|                             | 脳損傷           | 特I種    |        | 人 |
|                             |               | I 種    |        | 人 |
|                             |               | II 種   |        | 人 |
|                             | 脊 髄 損 傷       | 特I種    | 人      | 人 |
|                             |               | I 種    | 人      | 人 |
|                             |               | II 種   | 人      | 人 |
|                             | 胸 腹 部<br>臓器損傷 | 特I種    | 人      | 人 |
|                             |               | I 種    | 人      | 人 |
| II 種                        |               | 人      | 人      |   |
| 交 通 手 段                     | 電車・バス         |        |        |   |
|                             | 自 動 車         |        |        |   |
| 応募施設以外の<br>関連施設名<br>(同一法人内) |               |        |        |   |

介護料受給資格者数は、把握している場合に記載。  
受給資格区分（I種等）が分からない場合は、該当損傷部位の欄に区分不明〇人と記載。