

様式第2号（第5条関係）

朝霞市在宅重症心身障害児（者）の家族に対する
レスパイトケア事業補助金実績報告書

事業所名（ _____ ）

短期入所事業（ _____ 年 _____ 月分）

	利用者氏名	生年月日	スコア表 合計点数	利用期間	日数	補助金申請額
1					日	円
2					日	円
3					日	円
4					日	円
5					日	円
6					日	円
7					日	円
8					日	円
9					日	円
10					日	円

（注）事業所ごとに別様とすること。