

(様式第6号)

2024年5月10日

神戸市長 宛

事業者名 社会福祉法人
事業所名 グループホーム
住 所 〒650-8570
神戸市中央区加納町6丁目5-1
ビルディング 6階
代表者名 理事長
神戸 太郎

神戸市重度障害者受入グループホーム対象加算制度実施報告書

(2024年4月分)

1. 加算対象者の延べ人数

区分5 60人(A)

区分6 30人(B)

明細は、神戸市重度障害者受入グループホーム対象加算制度実施報告書(明細)のとおり

2. 加算額

(A) × 1,500円 = 90,000円(C)

(B) × 1,800円 = 54,000円(D)

(C) + (D) = 144,000円

神戸市重度障害者受入グループホーム対象加算制度実施報告書（明細）
 （ 2024年4月分）

事業者及び その事業所の名称	社会福祉法人 グループホーム
請求事務担当者名	神戸 花子
連絡先電話番号	078 - 000 - 0000

1. 加算対象者ごとの明細（区分6）

住居名	加算対象者氏名	当該月の 利用日数	備考欄
ホーム	垂水 一郎	30日	
		合計	
		30	

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

月途中の入退去の場合は、備考欄にその内容を記載してください。