

(別添1)

平成23年度 地域移行支援事業計画書

法人(申請者)名 \_\_\_\_\_

1 本事業の対象となる退所予定者数(※1)  人

2 対象者名簿

No.	氏名	支給決定 (措置) 市町村 (都道府県) 名	受給者証 番号 (措置の場合は その旨記載)	入所している 事業所(施設) の名称	施設種別名 (※2)	入所 年月日	退所 (予定) 年月日 (※3)	退所(予定) 先(※4)	補助対象チェック欄		
									入所期間が6ヶ月 以上であるか	地域生活へ向けた 個別支援計画の作成	退所後3ヶ月以上の 継続的な支援 (の予定)

(※1) 2 対象者名簿の合計人数を記入して下さい。また、別添2「所要額調書」の(※1)へ転記して下さい。

(※2) 施設入所支援、療養介護、または障害児施設(入所)の別を記入して下さい。

(※3) 平成23年度事業については、平成23年1月1日から平成23年12月31日(その後3ヶ月以上の継続的支援要)までの退所が補助対象です。

(※4) 家庭復帰、福祉ホーム、共同生活援助または共同生活介護の別を記入して下さい。

(別添2)

### 平成23年度 地域移行支援事業所要額調書

法人(申請者)名

本事業の対象となる退所予定者数(※1)

0 人

地域移行支援事業に 要する経費 A	寄附金その他 の収入額 B	差引額 C(A-B)	補助基準額 (@50,000×※1の人数) D	補助所要額 (CとDを比較して 少ない方の額) E	備 考
円	円	円 0	円 0	円 0	

(※1)別添1「所要額調書」の(※1)から転記して下さい。