

○介護事業所等及び介護施設等へのサービス継続支援事業補助金変更申請用ファイル

【記載要領】

- ① 黄色セルに必要事項を入力してください（関数で自動表示されるようになっていきます）。
- ② まず、「基本データ入力」に必要事項を入力してください。
- ③ 次に、申請対象なる事業所数に応じて、ページ下部「事業計画書1」シートをコピーして増やしてください。
- ※シート名を「事業計画書2」（以下、事業所数が増えるにつれて「事業計画書3」「事業計画書4」・・・に修正。数字は半角）
- ※増やした事業計画書のシートは「事業計画書1」の右側、「収支予算書」の左側にくるように移動させてください。
- ※黄色セル以外は、入力不要です。

	No.	入力項目	入力欄	入力例 ・ 備考欄
担当者情報	1	担当者氏名（フルネーム）	宮崎 太郎	宮崎 太郎
	2	電話番号	0985-26-7058	0985-26-7058
	3	メールアドレス	shisetsu@pref.miyazaki.lg.jp	shisetsu@pref.miyazaki.lg.jp
法人情報	4	法人フリガナ	シャカイフクシホジン〇〇カイ	シャカイフクシホジン〇〇カイ
	5	法人名	社会福祉法人〇〇会	社会福祉法人〇〇会
	6	代表者フリガナ	リジチョウ ミヤザキ ハナコ	リジチョウ ミヤザキ ハナコ
	7	代表者（役職・氏名）	理事長 宮崎 花子	理事長 宮崎 花子
	8	代表者の生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	9	代表者の性別	男	プルダウンリスト（※）から選択
	10	法人の郵便番号	880-8501	880-8501
申請情報	11	法人の住所	宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号	宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号
	12	交付決定日	令和8年●月●日	交付決定通知文書に記載の年月日を和暦で記入。
	13	交付決定文書番号	2 3 4 5 0 - ● ● ● ●	交付決定通知文書に記載の文書番号を記入
	14	通知書の送付先	法人住所	プルダウンリスト（※）から選択
	15	申請年月日	令和8年●月●日	書類の申請年月日を入力してください。

※エクセルのバージョンが古い場合は、プルダウンリストが表示されないことがありますので、その際は、右側のリストから、該当する項目を直接選択して、入力欄に貼り付けてください。

令和 8 年●月●日

宮崎県知事 殿

(住 所) 宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号
(法 人 名) 社会福祉法人〇〇会
(代表者氏名) 理事長 宮崎 花子

変 更 承 認 申 請 書

令和 8 年●月●日付け 2 3 4 5 0 - ●●●●●で交付決定のあった介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱について、下記のとおり変更したいので介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第 9 条の規程により、申請します。

記

- 1 変更の内容
- 補助対象経費の減
変更前) 2 3 4, 0 0 0 円
変更後) 1 7 6, 0 0 0 円
- 2 変更を必要とする理由
- 購入物品見直しにより法人全体の補助対象経費が申請時より 2 0 %を超えて減少したため。
- 3 添付書類
- (1) 事業計画書 (別記様式第 1 号)
(2) 収支予算書 (別記様式第 2 号)

【申請内容に関する連絡先】

申請法人住所		〒 880-8501 宮崎県宮崎市橘通東2丁目10番1号
担当者氏名		宮崎 太郎
連絡先	電話番号	0985-26-7058
	e-mail	shisetsu@pref.miyazaki.lg.jp

様式第3号(第5条、第11条関係)
事業所・施設別申請(実績)額一覧

No.	事業所・施設名	介護保険 事業所番号	サービス種別	申請(実績)額(千円)		
				介護事業所等に対するサ ービス継続支援事業	介護施設等に対するサ ービス継続支援事業	合計
1	事業所A	1234567890	訪問介護事業所 集合住宅 併設型(同一建物減算の算 定がある事業所)	26		26
2	事業所B	9876543210	訪問看護事業所	150		150
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
合計				176		176

別記
様式第1号(第5条、第11条関係)

介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業に関する事業計画(実績)書(事業所単位)

施設概要								
介護保険事業所番号		1234567890		事業所名称		事業所A		
所在地	都道府県名	住所			連絡先	電話番号	担当部署名	
	●	●				●	●	
提供サービス		訪問介護事業所 集合住宅併設型(同一建物減算の算定がある事業所)					定員	人
事業区分		☒ 介護事業所等に対するサービス継続支援事業 ☐ 介護施設等に対するサービス継続支援事業						

支出(予定)額

1. 介護事業所等に対するサービス継続支援事業	補助上限額 (交付決定額)	申請額
【介護サービスを円滑に継続するための対応】	26 千円	26 千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
ア 移動に伴い必要となる経費		
イ 猛暑対策用品や雪害対策用品の購入等経費	6,000	ネッククーラー3個
ウ 入居者・利用者の生活環境改善、職員の負担軽減・勤務環境		
エ 居室や浴室等における温度管理、湿度管理に必要な設備・		
オ その他困難な事態下に介護サービスを継続するために必要		
合計	6,000	

【災害備蓄等への対応】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
ア 飲料水、食料品等の備蓄物資	20,000	非常用飲料水500ml 100本、非常食(乾パン)40箱
イ ポータブル発電機、ポータブル充電器		
ウ 衛生用品、医療用品等の購入		
エ 簡易浄水器、冷房機、暖房機		
オ その他災害への備えとして必要		
合計	20,000	

2. 介護施設等に対するサービス継続支援事業	補助上限額	申請額
	千円	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
食材料費等		
合計		

別記
様式第1号(第5条、第11条関係)

介護事業所等及び介護施設等に対するサービス継続支援事業に関する事業計画(実績)書(事業所単位)

施設概要								
介護保険事業所番号		9876543210		事業所名称		事業所B		
所在地	都道府県名	住所			連絡先	電話番号	担当部署名	
	●	●				●	●	
提供サービス		訪問看護事業所					定員	人
事業区分		☒ 介護事業所等に対するサービス継続支援事業 ☐ 介護施設等に対するサービス継続支援事業						

支出(予定)額

1. 介護事業所等に対するサービス継続支援事業	補助上限額 (交付決定額)	申請額
【介護サービスを円滑に継続するための対応】	154 千円	150 千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
ア 移動に伴い必要となる経費		
イ 猛暑対策用品や雪害対策用品の購入等経費		
ウ 入居者・利用者の生活環境改善、職員の負担軽減・勤務環境		
エ 居室や浴室等における温度管理、湿度管理に必要な設備・		
オ その他困難な事態下介護サービスを継続するために必要		
合計		

【災害備蓄等への対応】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
ア 飲料水、食料品等の備蓄物資		
イ ポータブル発電機、ポータブル	150,000	ポータブル発電機 1台
ウ 衛生用品、医療用品等の購入		
エ 簡易浄水器、冷房機、暖房機		
オ その他災害への備えとして必		
合計	150,000	

2. 介護施設等に対するサービス継続支援事業	補助上限額	申請額
	千円	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
食材料費等		
合計		

収支予算（決算）書

1 収入 （単位：円）

区分	金額	備考
県補助金	176,000	
自主財源	0	
合計	176,000	

2 支出 （単位：円）

区分	金額	備考
介護事業所等に対するサービス継続支援事業	176,000	
介護施設等に対するサービス継続支援事業	0	
合計	176,000	

○領収書等の明細一覧

- 【留意事項】
- 1 本資料は申請対象事業所・施設ごとに作成してください。
 - 2 領収書等ごとに作成してください。領収書だけでは明細が不明な場合は請求書や納品書等の明細が分かる資料も添付してください。
 - 3 補助対象経費は**全て税抜額**を入力してください。
 - 4 **交付決定日から事業完了日までに、発注、納品、支払いを済ませたものが補助対象となります。それ以外の期間に行ったものは補助対象外です。**
 - 5 「領収等No」には、別途ご提出いただく領収書等写しに記載いただく番号と同じものを入力してください。
 - 6 「品目名」については、当該領収書等の対象経費となる物品等の名称及び個数を簡潔にご記載ください。複数ある場合は同一セル内にまとめて記入して構いません。
 - 7 **商品名ではなく一般名を記入してください。**
 - 8 行数が不足する場合は、必要に応じて行を増やしてください。「明細」タブにカーソルを合わせる→右クリック→「シートの保護の解除」をクリックすると行追加できるようになります（他のシートでは「シートの保護の解除」は行わないでください ※事業所数が16以上の場合は解除して適宜加工してください）。

領収等 No	施設・事業所名 (プルダウンから選択)	発注日 (依頼日)	納品日 (施行日)	費目名 (プルダウンから選択)	品目名	金額(税抜)
(例)		7月1日	8月1日	(1) イ 延害対策用品や害害対策用品の購入等経費	ネッククーラー 5 個	6,000
(例)		7月16日	8月25日	(2) ア 飲料水、食料品等の備蓄物資の購入等経費	非常用飲料水500m 100本 非常食(乾パン) 40箱	20,000
(例)		8月9日	8月23日	(2) イ ポータブル発電機、ポータブル電源・蓄電池等の購入経費	ポータブル発電機 1 台	200,000
1	事業所A	9月1日	10月1日	(1) イ 延害対策用品や害害対策用品の購入等経費	ネッククーラー 3 個	6,000
2	事業所A	9月16日	10月25日	(2) ア 飲料水、食料品等の備蓄物資の購入等経費	非常用飲料水500m 100本 非常食(乾パン) 40箱	20,000
3	事業所B	9月9日	9月23日	(2) イ ポータブル発電機、ポータブル電源・蓄電池等の購入経費	ポータブル発電機 1 台	150,000
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
合計						176,000