

(参考様式)

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

(住 所)
(法 人 名)
(代表者氏名)

--

令和4年度介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金に係る交付申請書

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申 請 額 : 千円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧 (別記様式第1号)
- 2 介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金に関する事業実施実績書 (事業所単位) (別記様式第2号)

【申請内容に関する連絡先】

申請法人住所	〒	
部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

別記様式第1号(第5条関係)

事業所・施設別申請額一覧

(単位:千円)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	(ア)、(イ)			(ウ)			申請額計(g)	備考
				補助上限額(a)	所要額(b)	申請額(c)	補助上限額(a)	所要額(e)	申請額(f)		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

(注)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。
- 2 「補助上限額(a)」及び「補助上限額(d)」は、「令和4年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業実施要綱」の別添3に記載された補助上限額を記入すること。
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は「(様式3) 事業所・施設別個票」に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4 「申請額(c)」は、「補助上限額(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「補助上限額(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。(自動計算)

様式第2号(第5条関係)

介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金に関する事業実施実績書(事業所単位)

事業所・施設 の 状 況	フリガナ			介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称			
	サービス種別		定員	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)	※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載	
	連絡先	電話番号	E-mail	
	管理者の氏名			
区分	<input type="checkbox"/> (ア)、(イ)			
	<input type="checkbox"/> (ウ)			

(ア)、(イ) 補助上限額 千円 所要額 千円

補助対象の区分	※下から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※別紙の①の額の千円未満切り捨て
<p>(ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む) (※1~※4)</p> <p>②濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)</p> <p>③都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所(※4)、短期入所系サービス事業所(※3)</p> <p>④感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等(①、②の場合を除く)(※1)</p> <p>⑤病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等(※5)</p> <p>(イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い自宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)</p> <p>(ア) ①、③以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、自宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所(通常形態での通所サービス提供が困難であり、感染の未然に代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))</p>		

<積算内訳>

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

(ウ)

補助上限額	千円	所要額	千円
-------	----	-----	----

補助対象の区分	※下から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※別紙の②の額の千円未満切り捨て
(ウ)感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等(※1~※4) A (ア)の①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等 B 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所		

<積算内訳>		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(②)	0	

- ※1 介護施設等
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護 医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護を除く)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅
- ※2 訪問系サービス事業所
訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)並びに居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所(ア(ア)の事業を除く)及び居宅療養管理指導事業所
- ※3 短期入所系サービス事業所
短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)並びに認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護に限る)
- ※4 通所系サービス事業所
通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)
- ※5 高齢者施設等
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所

収支決算書

1 収入

（単位：円）

区分	金額	備考
1. 県補助金		
2. 自己資金		
3. その他（ ）		
合計		

2 支出

（単位：円）

区分	金額	備考
合計		

年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

住所

フリガナ

氏名

（法人にあつてはその名称及び代表者の氏名）

（代表者）生年月日 年 月 日

性別

男・女

誓 約 書

私は、 年度介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金交付申請を行うに当たり、次の事項について誓約します。

※チェック欄（誓約の場合、□にチェックを入れてください。）

自己及び本事業実施主体の構成員・役員等は、次のアからウまでのいずれにも該当するものではありません。また、事業実施主体の運営に対し、次のアからウまでのいずれの関与もありません。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 暴力団又は暴力団員と密接な関係を有する者

請 求 書

令和4年度介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金

年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿
(申請者)

住所
法人名
役職・代表者名

年 月 日 付で申請した令和4年度介護事業所等へのサービス提供体制確保事業費補助金について、下記金額を請求します。

記

請求額 金 _____ 0 円

(振込預金口座)

金融機関名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	

担当者名	
電話番号	

(別紙3)

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

(注意)このチェックリストは、

別表1

2 補助事業者

(1)新型コロナウイルス感染症が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等で

4 補助対象経費

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(別紙2のとおり。高齢者施設等に限る)を申請する事業所・施設等が記載し、提出すること。

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

例)保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2 チェックリスト

確認項目	
<input type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input type="checkbox"/>	ゾーニング(区域をわける)を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
<input type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<input type="checkbox"/>	常時(夜間、深夜、早朝を含む。)、1人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

年 月 日 事業所名
代表者 職名 氏名