

(参考様式)

令和 ● 年 ● 月 ● 日

宮崎県知事 殿

申請日は申請書の
提出日

(住 所) 宮崎市●●●町●●●●●
(法 人 名) 社会福祉法人●●●会
(代表者氏名) 理事長 ●● ●●

役職名と氏名を記載

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。

自動計算

申 請 額 : 1361 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)

必要情報を
記載

【申請内容に関する連絡先】

申請法人住所	〒 880-0000 宮崎市●●●町●●●●●
部署名	総務部
担当者氏名	▲▲ ▲▲
連絡先	電話番号 0985-00-0000
	e-mail ××@yahoo.co.jp

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	4511111111	特別養護老人ホーム宮崎園	介護老人福祉施設	1,900	1,361	1,361				1,361	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計						1,361				1,361	

(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)

(ウ)

補助上限額	950 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	1,361,000	補助金額は千円未満の切り上げとなります。
2. 自己資金	425	千円未満の金額が自己資金となります。
3. その他（ ）		
合計	1,361,425	

2 支出

（単位：円）

区分	金額	備考
割増賃金・手当	378,215	
衛生用品購入費用	278,210	収入の合計と支出の合計は必ず一致する。
消毒・清掃費用	105,000	
施設内消毒費用	600,000	
合計	1,361,425	

様式第4号（第5条関係）

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

必要情報を
記載

令和 ●年 ●月 ●日

申請日は申請書の
提出日

住所 宮崎市●●●町●●●●
フリガナ シヤカイフクシホウジン●●カイジチョウ●● ●●
氏名 社会福祉法人●●会理事長 ●● ●●
(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 昭和 ●年 ●月 ●日
性別 男・女

誓約書

私は、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 宮崎市●●●町●●●●

法人名 社会福祉法人●●会

役職・代表者名 理事長 ●● ●●

役職名と氏名を記載

●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 1,361,000 円

(振込預金口座)

金融機関名	●●銀行
支店名	▲▲支店
預金種別	普通
口座番号	12345678
(フリガナ)	シャカイフクシホウジン●●カイジチョウ●●●●
口座名義	社会福祉法人●●会 理事長 ●● ●●

担当者名	▲▲ ▲▲
電話番号	0985-00-0000

(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)

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	ゾーニング(区域をわける)を実施した。
<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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
※各項目を実施

該当する項目全てに☑。全てに☑が入らない場合は、施設内療養費用は申請できません。

記載すること。

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。

令和

● 年

● 月

● 日

事業所名

特別養護老人ホーム宮崎園

必要事項を記載

代表者

職名 施設長

氏名 宮崎 太郎

申請日を記入