

別記

様式第1号（第4条、第9条関係、規則第3条及び第14条）

障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業
事業計画（実績）書

手入力してください

令和 3 年 8 月 1 日

宮崎県知事 殿

1 法人名

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン ミヤザキケンショウガイフクシカイ			
	名称	社会福祉法人 宮崎県障がい福祉会			
	所在地	(郵便番号 880 - 1111) 宮崎市橋通1			
	連絡先	電話番号	0985-11-1111	E-mail	miyazaki@syogai.com
	代表者の職・氏名	職名	代表理事	氏名	障がい太郎
	申請に関する担当者	職名	事務	氏名	障がい花子

2 申請（実績）額

サービス種別	事業所 助成	事業所 実績		障害福祉サービス施設・事業所 等との協力支援	
		事業所 実績	金額	事業所・施設数	申請（実績）額
通所系	療養介護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	生活介護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	自立訓練（機能訓練）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	自立訓練（生活訓練）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	就労移行支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	就労継続支援 A型	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	就労継続支援 B型	1 箇所	200 千円	1 箇所	147 千円
	児童発達支援	1 箇所	271 千円	0 箇所	0 千円
	医療型児童発達支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	放課後等デイサービス	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
短期入所 入所・ 居住系	短期入所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	施設入所支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	共同生活援助（介護サービス包括型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	共同生活援助（日中サービス支援型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	共同生活援助（外部サービス利用型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	福祉型障害児入所施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
訪問系	医療型障害児入所施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	居宅介護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	重度訪問介護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	同行援護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	行動援護	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	就労定着支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	自立生活援助	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	居宅訪問型児童発達支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
相談系	保育所等訪問支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	計画相談支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	地域移行支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	地域定着支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	障害児相談支援	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
小 計		2 箇所	471 千円	1 箇所	147 千円
合 計					618 千円

3 事業所・施設別計画(実績)額一覧

本シートは手入力しない

(単位:千円)

No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援			障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援			申請額計(g)	備考
				基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要額(e)	申請額(f)		
1	4500000001	障がい児通所 ふくし	児童発達支援	271	700	271				271	
2	4500000001	就労継続B型 ふくしたろう	就労継続支援B型	294	200	200	147	200	147	347	
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計						471			147	618	

個票1、個票2の情報が自動で反映されます。

サービスが複数ある法人は「個票1」をコピーし、シートを追加。シート名を個票2, 3,,,,と連番で作成してください。

(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 「基準単価(a)」及び「基準単価(d)」は、「障害福祉サービス等事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱」の別添1に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は「4 事業の内容」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、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(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。

(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援

基準単価	147 千円	所要額	200 千円
------	--------	-----	--------

助成対象の区分	②	※下表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)	※合計(②)の額の千円未満切り捨て
① (1)の①又は③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所 (対象サービス:No.1からNo.29)			

積算内訳

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金	200,000	職員の応援派遣のための緊急雇用に係る人件費 @100,000×2か月
合計(②)	200,000	

下記の【対象経費一覧】もしくは補助金交付要綱の別添1の対象経費を参考に、漏れなく具体的に記入してください。

【対象経費一覧】

(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援
①～④の事業
①から③に該当する施設・事業所等の場合 ・緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用(別添2のとおり、障害者支援施設等に限る) ・施設・事業所の消毒・清掃費用 ・感染症廃棄物の処理費用 ・感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用 (以下の費用は、代替サービス提供期間の分に限る) ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保費用(使用料) ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用 ・通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)
④に該当する事業所・施設等の場合
一定の要件に該当する自費検査費用(別添2のとおり、障害者支援施設等に限る)
⑤の事業
○ 居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な費用 ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保費用(使用料) ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用 ・通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く) ※上記費用は、代替サービス提供期間の分に限る。
(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援
○利用者受入や職員の応援派遣に係る費用 ・追加に必要な人員確保のための緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用