

別記様式第1号（第4条関係）

令和3年度介護サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金に係る交付申請書

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	連絡先	電話番号		E-mail
	代表者の職・氏名	職名		氏名
申請に関する担当者	職名		氏名	

申請内容

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
通所系	1 通所介護事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	2 通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	3 通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
	4 地域密着型通所介護事業所（療養通所介護事業所を含む）	0 か所	0 円
	5 認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 円
	6 通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	7 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	8 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所	0 か所	0 円
	短期入所療養介護事業所		
	10 （定員20人以下）	0 か所	0 円
11 （定員21人以上）	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
訪問系	訪問介護事業所		
	12 （訪問回数1,200回以下）	0 か所	0 円
	13 （訪問回数1,201回以上2,000回以下）	0 か所	0 円
	14 （訪問回数2,001回以上）	0 か所	0 円
	15 訪問入浴介護事業所	0 か所	0 円
	16 訪問看護事業所	0 か所	0 円
	17 訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 円
	18 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 円
	19 夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 円
	20 居宅介護支援事業所	0 か所	0 円
21 居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
多機能型	22 小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
	23 看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
入 所 施 設 ・ 居 住 系	介護老人福祉施設		
	24 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	25 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	26 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	27 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	28 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	地域密着型介護老人福祉施設		
	29 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	30 (定員20人以上)	0 か所	0 円
	介護老人保健施設		
	31 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	32 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	33 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	34 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	35 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	介護医療院		
	36 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	37 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	38 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	39 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	40 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設		
	41 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	42 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	43 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	44 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	45 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所		
	46 (定員14人以下)	0 か所	0 円
	47 (定員15人以上)	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護事業所		
	48 (定員19人以下)	0 か所	0 円
49 (定員20人以上39人以下)	0 か所	0 円	
50 (定員40人以上59人以下)	0 か所	0 円	
51 (定員60人以上69人以下)	0 か所	0 円	
52 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円	
53 (定員90人以上99人以下)	0 か所	0 円	
54 (定員100人以上)	0 か所	0 円	
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所			
55 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
56 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
合 計		0 か所	0 円

様式第3号(第4条関係)事業所・施設別個票

令和3年度介護サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金に係る事業実施実績書(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	訪問回数
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		E-mail	
	管理者の氏名				

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	補助上限額	円	所要額	円
合計	0					

誓約事項

<p>以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金及び新型コロナウイルス感染症に係る障害サービス事業所等に対するサービス継続支援事業における障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

口座情報

<p>国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する。</p>	<p>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)</p>
<p>国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない。</p>	<p>債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。</p>

請 求 書

令和3年度介護サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金

令和 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

印

令和 年 月 日 付で申請した令和3年度介護サービス事業所等感染防止対策支援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	

(県申請用)

委任状

(受任者) 住所
氏名

私は、上記の者を代理人と定め、令和3年度介護サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住所
法人名
役職・代表者名

印