

別記
様式第1号（第5条関係） **【必須】**

宮崎県知事 殿

(住 所)
(法 人 名)
(代表者氏名)

補 助 金 等 交 付 申 請 書

#N/A

申 請 額 : #N/A 円

(添付書類)

- 1 第2条第2号に係る納税証明書
- 2 第2条第3号に係る誓約書（様式第4号）
- 3 第5条第2項に規定する書類

【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	

様式第1号の2(第5条関係)【必須】

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	0			#N/A		#N/A			#N/A		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計						#N/A			#N/A		

(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、「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要綱」の別表1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「(別記様式第2号)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)(その3)令和5年度(令和5年5月8日から9月30日まで)に生じた費用分【必須】

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)				
フリガナ	0	介護保険事業所番号		
事業所・施設等の名称	0			0
サービス種別		0	定員	0 人
事業所・施設等の所在地	(郵便番号 0)	※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	0	E-mail	0
管理者の氏名				0
区分	<input type="checkbox"/> (ア)、(イ)			
	<input type="checkbox"/> (ウ)			

(ア)、(イ)	基準単価	#N/A	千円	所要額① (施設内療養費を除く)	千円	所要額② (施設内療養費分)	千円
---------	------	------	----	---------------------	----	-------------------	----

助成対象の区分	※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			
<input type="checkbox"/>	ア 対象となる事業所・施設等 (ア)新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る。以下同じ)に対応した介護サービス事業所・施設等 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(職員に感染者と接触があった者が複数発生し、職員が不足した場合を含む)(※1～※4) ②感染者と接触があった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) ③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) ④施設内療養を行った高齢者施設等(※5) (イ)新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居家でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4) (ア)①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、居家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、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐため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))						

<積算内訳①:施設内療養費を除く>

費目	所要額①(円)	用途・品目・数量等
合計	0	

<積算内訳②:施設内療養費分>

費目	所要額②(円)	人数・日数等
合計	0	

(ウ)	基準単価	#N/A	千円	所要額	千円
-----	------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※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	
<input type="checkbox"/>	(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) ・(ア)の①に該当する介護サービス事業所・施設等 ・感染症の拡大防止の観点から必要あり、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	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	#N/A	
2. 自己資金	#N/A	
合計	0	

2 支出

（単位：円）

区分	金額	備考
合計	0	

明治33年1月0日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

住所 0

フリガナ 0

フリガナ 0

フリガナ 0

フリガナ 0

（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 明治33年1月0日

性別 0

誓 約 書

私は、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

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【該当する場合のみ】

1 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）を実施した。
<input type="checkbox"/> コホーティング（隔離）を実施した。
<input type="checkbox"/> 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医療機関・医師等への連絡・相談フローを確認した。
<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。

明治33年1月0日

事業所名

0

代表者 職・氏名 0

○感染発生の際緯 **【必須】**

- ・記入例を参考に事業所内で感染者が発生してから最終の解除日までの経緯をご記入ください。
- ・特に、感染者が発生した日とその人数、及び施設内ゾーニング・居室隔離を行った場合はその開始日と終了日のご記入をお願いします。
(特に、施設内療養費を申請される場合は、ゾーニング及び隔離の実施は必須となりますので、確実にご記入ください。)

【記入例】

	年月日	内容	感染者 (人)		施設内 ゾーニング・隔離
			利用者	職員	
感染者発生までの経緯	令和5年7月1日	職員A出勤			
	令和5年7月1日	職員A体調不良によりPCR検査を実施 陽性確認		1	
発生後の対応	令和5年7月2日	職員Aと接触をしていた〇〇氏体調不良 PCR検査の結果陽性確認	1		
	令和5年7月2日	〇〇氏の陽性を受け施設内のゾーニング及び居室隔離を行う。			開始
	令和5年7月3日	利用者6名体調不良 PCR検査の結果陽性確認	6		
	令和5年7月4日	職員2名 抗原検査結果陽性確認		2	
	令和7月5日以降	新規感染者なし			
	令和7月3日~7月12日	連携医療機関の指示のもと日常的な健康観察の実施			
感染解除日	令和5年7月13日	・医師の指示により利用者全員の施設内療養を解除 ・同時に施設内のゾーニング及び居室隔離を終了し通常営業に移行			終了
計			7	3	

	年月日	内容	感染者 (人)		施設内 ゾーニング・隔離
			利用者	職員	
感染者発生までの経緯					
発生後の対応					
感染解除日					
計			0	0	

○領収書等の明細一覧【該当する場合のみ】

事業所名	0
------	---

【留意事項】

- 領収書や請求書等写しの証拠書類提出が必要なものについては全てこの一覧表に入力してください。
- 補助対象経費は**全て税抜額**を入力してください。
- 補助対象期間外に発生したかかりまし経費は、原則として**補助対象外**となります。
(発生した日から収束日まで必要とした(=発注した)通常の介護サービスの提供では想定されないかかり増し費用が対象となります。)
- 「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。
- 「品目名」については、商品や作業等ごとに記載し、一つの項目に複数の商品等を記載しないようにしてください。
(「マスク、ガウン等」といった記載は不可です。)
- 商品名では入力しないでください。(●●スーパーコップ×⇒使い捨て食器○、ハンドスキッシュ×⇒手指消毒剤○)
- 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。

領収等No	発注日 (依頼日)	納品日 (施行日)	費目名	品目名	数量	単位	単価	金額(税抜)
(例)	5月6日	5月7日	衛生用品購入	消毒液 45L×1本	5	本	2,000	10,000
(例)	5月10日	5月12日	感染性廃棄物処理費用	感染性廃棄物回収費用	50	kg	56	2,800
(例)	5月5日	5月6日	消毒・清掃	施設内消毒委託料	1	回	50,000	50,000
(例)			宿泊費	帰宅困難職員の宿泊費 (5/7~5/10 3泊×2名)	6	泊	5,000	30,000
1								0
2								0
3								0
4								0
5								0
6								0
7								0
8								0
9								0
10								0
11								0
12								0
13								0
14								0
15								0
16								0
17								0
18								0
19								0
20								0
21								0
22								0
23								0
24								0
25								0
26								0
27								0
28								0
29								0
30								0
31								0
32								0
33								0
34								0
35								0
36								0
37								0
38								0
39								0
40								0
41								0
42								0
43								0
44								0
45								0
46								0
47								0
48								0
49								0
50								0
合計								0

○割増賃金・手当等の明細一覧【該当する場合のみ】

事業所名	0
------	---

【留意事項】

- 慰労金や見舞金、休業補償に係る手当は補助対象外となります。
- 補助対象期間外に発生した手当等は補助対象外となります。
(発生した日から収束日までの間に要した通常の介護サービスの提供では想定されない費用が対象となります。)
- 超過勤務手当のうち、期間内であっても通常業務を行っている場合は、補助対象外となります。
(超過勤務手当は、新型コロナウイルスの対応のために発生した経費に限られます。)
- 危険手当については感染者への直接対応やレッドゾーン勤務など、感染が発生したことにより感染リスクが高い業務を行ったことに対して支給されるものが対象となります。金額については社会通念上、適当な範囲が対象となります。
- 本一覧表とあわせて、下記の証拠書類を補助金の交付を受けた日の翌年度から起算して5年間保管してください。
・請求する職員が発生日から収束日までに勤務したことがわかる書類（出勤簿、時間外届簿等）
・請求する職員に対し、支払いを行ったことがわかる書類（賃金台帳など）
・危険手当等については、単価等の支払根拠がわかる書類（賃金規程、手当の案内等）
※原則、申請時に上記資料の提出を求めませんが、審査中に必要に応じて提出を求められることがあります。）
- 補助金の交付後、監査等により、補助対象外経費が含まれていることが判明した場合や、保管する書類に不備がある場合は、返還を求められます。
- 行が足りない場合は、「挿入」にて行を増やすか、ページを複製してください。
- 同一の職員で、複数の種類の手当を請求される場合は、手当の種類ごとに作成してください。
また、危険手当の単価が複数ある場合（従事する内容により単価を変更している場合など）も同様に行を分けて作成してください。

(円)

No.	職員氏名	手当の種類	対象時期	支給日	単価	回数	単位	金額(税抜)
(例)	長寿 たろう	超過勤務手当	5/8~5/26	6/21	—	20	時間	10,000
(例)	長寿 たろう	危険手当	5/8~5/26	6/21	1,000	2	日	2,000
(例)	長寿 たろう	危険手当	5/8~5/26	6/21	500	3	日	1,500
1								0
2								0
3								0
4								0
5								0
6								0
7								0
8								0
9								0
10								0
11								0
12								0
13								0
14								0
15								0
16								0
17								0
18								0
19								0
20								0
21								0
22								0
23								0
24								0
25								0
26								0
27								0
28								0
29								0
30								0
31								0
32								0
33								0
34								0
35								0
36								0
37								0
38								0
39								0
40								0
合計								0

