令和５年度豊田市介護事業所等

サービス確保対策事業費補助金

申請マニュアル

令和５年１１月1日版

目次

[Ⅰ総則 1](#_Toc149578333)

[１．本マニュアルについて 1](#_Toc149578334)

[２．補助金の目的 1](#_Toc149578335)

[３．対象事業所 1](#_Toc149578336)

[４．補助の要件 2](#_Toc149578337)

[５．対象期間 4](#_Toc149578338)

[６．対象経費 5](#_Toc149578339)

[７．補助上限額 6](#_Toc149578340)

[８．個別協議 7](#_Toc149578341)

[９．提出書類 7](#_Toc149578342)

[１０．交付申請の方法 8](#_Toc149578343)

[１１．交付申請の受付期間 8](#_Toc149578344)

[１２．交付決定及び補助金の振込 8](#_Toc149578345)

[１３．証拠書類の保管 9](#_Toc149578346)

[１４．消費税の取扱いについて 9](#_Toc149578347)

[Ⅱ各様式の記入方法等について 10](#_Toc149578348)

[１．交付申請の必要書類について 10](#_Toc149578349)

[２．交付申請書の記入方法について 10](#_Toc149578350)

[(１)－ア．共通部分（様式１） 10](#_Toc149578351)

[(１)－イ．共通部分（様式１－２） 12](#_Toc149578352)

[(２)－ア．【感染対策徹底（自費検査費用を除く）】 15](#_Toc149578353)

[(２)－イ．【代替サービス提供】 16](#_Toc149578354)

[(３)　危険手当内訳表 17](#_Toc149578355)

[(４)　衛生・防護用品内訳表 18](#_Toc149578356)

[(５)．按分表 19](#_Toc149578357)

[(６)．様式２ 20](#_Toc149578358)

[(７)．様式３ 22](#_Toc149578359)

[(８)．積算表（追加補助積算シート） 23](#_Toc149578360)

[(９)―ア．様式４―１ 23](#_Toc149578361)

[(９)―イ．様式４―２ 25](#_Toc149578362)

[(１０)．【居宅サービス切替】 26](#_Toc149578363)

[(１１)【協力支援】 27](#_Toc149578364)

[(１２)．委任状 29](#_Toc149578365)

[(１３)．感染状況報告書 30](#_Toc149578366)

[(１４)．個別協議様式ア（ア）分 31](#_Toc149578367)

# Ⅰ総則

## １．本マニュアルについて

このマニュアルは、豊田市に所在する介護事業所・施設等を対象としたマニュアルです。

　また、「濃厚接触者」の記載について、令和５年５月８日以降は「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）」と読み替えてください。

## ２．補助金の目的

　この補助金は、新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した等の介護サービス事業所・施設等における緊急時のサービス提供に必要な介護人材の確保に係る費用や、発生後の職場環境の復旧・改善を支援することを目的としています。

**そのため、平時の感染防止対策等に係る費用は、本事業の対象外となります。**

## ３．対象事業所

　対象となる事業所・施設等は、交付申請時点において、豊田市内に所在する事業所・施設等で次のサービス種別が対象です。

　なお、**（介護予防）特定施設入居者生活介護（地域密着型含む。）については、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅として取扱います。**

|  |  |
| --- | --- |
| 類型 | サービス種別（各介護予防サービス含む。） |
| 通所系 | 通所介護 |
| 地域密着型通所介護（療養通所介護含む。） |
| 認知症対応型通所介護 |
| 通所リハビリテーション |
| 通所型サービス |
| 短期入所系 | 短期入所生活介護 |
| 短期入所療養介護 |
| 訪問系  訪問系 | 訪問介護 |
| 訪問入浴介護 |
| 訪問看護 |
| 訪問リハビリテーション |
| 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 |
| 夜間対応型訪問介護 |
| 居宅介護支援 |
| 福祉用具貸与 |
| 居宅療養管理指導 |
| 訪問型サービス |
| 介護予防ケアマネジメント |
| 多機能型 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 看護小規模多機能型居宅介護 |
| 施設系 | 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 |
| 養護老人ホーム |
| 軽費老人ホーム |
| 有料老人ホーム |
| サービス付き高齢者向け住宅 |

## ４．補助の要件

補助を受けるにあたっては、「３．対象事業所」であることに加え、次の要件のいずれかに該当する必要があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 要件 | 対象サービス**※１** |
| 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２名以上の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。） | 福祉用具貸与を除く、全てのサービス種別 |
| ② | 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等 | 福祉用具貸与を除く訪問系  短期入所系  施設系 |
| ③ | 県又は政令・中核市から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所（令和５年５月８日以降は補助対象外） | 通所系  短期入所系 |
| ④ | 感染の疑いがある者に対して、一定の要件のもと、自費で検査を行った介護施設等  （①，②の場合を除く。） | 施設系 |
| ⑤ | 施設内療養を行った高齢者施設等  （令和４年度は、病床ひっ迫等により、やむを得ず行った場合） | 施設系  短期入所系 |
| ⑥ | ①，③以外の通所系サービス事業所であって、当該事業所の職員により、居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**※２**  （令和５年５月８日以降は休業した場合に限る） | 通所系 |
| ⑦ | ①又は③の介護サービス事業所・施設若しくは感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した事業所の利用者の受入れや当該事業所・施設に応援職員の派遣を行った事業所・施設等**※３** | 全てのサービス種別 |

※１　多機能型については、以下のとおり扱います。

通いサービス……通所系（ただし、上記⑥を除く。）

宿泊サービス……短期入所系（ただし、上記⑤を除く。）

訪問サービス……訪問系

※２　「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱い（第２報）」（令和２年２月２４日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室、振興課、老人保健課連名事務連絡）別紙１の２に基づきサービスを提供している必要があります。

※３　「自主的に休業」とは、各事業者が定める運営規程の営業日において、営業しなかった日（通所系サービス事業所が※２の訪問によるサービスのみを提供する場合を含む。）が連続して３日以上の場合を指します。

## ５．対象期間

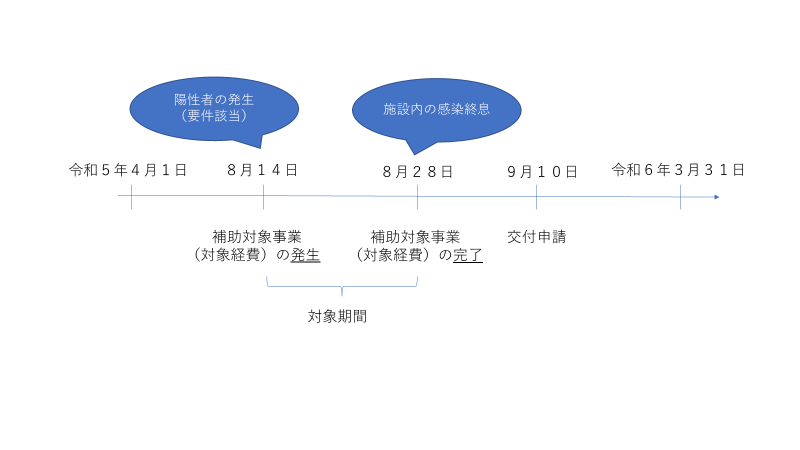
（１）令和４年４月１日又は「４．補助の要件」に該当した日のいずれか遅い日から

　　令和４年度中の補助対象事業（経費）の**完了※した日**。

（２）令和５年４月１日又は「４．補助の要件」に該当した日のいずれか遅い日から

　　令和６年３月３１日又は補助対象事業（経費）の**完了※した日**のいずれか早い日。

（例）８月１４日に陽性者が発生し、８月２８日にまでに要した経費を９月１０日申請する場合。



※**完了とは、職員へ割増賃金の支払いや、衛生用品の納品、業者に委託した消毒・清掃等が終了していることをいいます。完了が確認できない経費（発注のみ、契約締結のみ等）は認められません。なお、令和４年４月１日から令和５年３月３１日までに補助対象事業（経費）が完了した場合は、令和４年度経費として、令和５年４月１日以降に補助対象事業（経費）が完了した場合は、令和５年度経費として申請してください。**

## ６．対象経費

　「５．対象期間」の期間内に発生した以下の経費が対象となります。**なお、サービス種別と該当する区分に応じて、申請できる内容が異なります。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 対象経費 | 申請可能区分 |
| 感染症対策徹底 | 緊急雇用に係る費用 | ①、②、③ |
| 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 |
| 施設・事業所の消毒・清掃費用 |
| 感染性廃棄物の処理費用 |
| 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用 |
| 一定の要件に該当する自費検査費用※１ | ①、②，③、④  ※介護施設等に限る |
| 代替サービスの提供 | 緊急雇用に係る費用 | ①、③  ※通所系のみが対象 |
| 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） |
| ヘルパー同行指導への謝金 |
| 代替場所や利用者宅への旅費 |
| 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 |
| 通所できない利用者のためのタブレットのリース費用（通信費除く） |
| 施設内における療養 | 感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用※２ | ⑤  ※多機能型の宿泊サービス除く |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 居宅サービス  切替 | 緊急雇用に係る費用 | ⑥  ※多機能型の通いサービス除く |
| 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） |
| ヘルパー同行指導への謝金 |
| 代替場所や利用者宅への旅費 |
| 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 |
| 通所できない利用者のためのタブレットのリース費用（通信費除く） |
| 協力支援 | 緊急雇用に係る費用 | ⑦ |
| 割増賃金・手当 |
| 職業紹介料 |
| 損害賠償保険の加入費用 |
| 職員派遣に係る旅費・宿泊費 |

## ７．補助上限額

補助上限額は国実施要綱の別添３をご確認ください。

なお、通所介護及び通所リハビリテーションについては、介護報酬の規模区分に応じて基準単価（補助上限額）が異なります。事前に規模区分を確認の上、申請書を作成してください。

**また、「５．対象期間」（１）について申請する場合、令和４年度申請分と重複している経費がないか、令和４年度補助額と申請額の合計が補助上限を超過していないか確認してください。同一経費の重複した申請は認められません。**

**なお、感染者発生に際し、「介護保険事業者事故報告書」等の提出がない場合も申請は認めません。（本件については、令和４年度豊田市介護サービス事業者講習会においても周知しています（資料25ページ参照））。**

## ８．個別協議

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（国要綱３（１）ア（ア））のうち、特別な事情により基準単価を超える必要がある場合については、個別協議を実施し、厚生労働省が特に必要と認める場合に限り補助額の引き上げを行うことができます。

## ９．提出書類

（１）様式１及び様式１－２

（２）対象経費内訳詳細（①から④の場合）・衛生・防護用品内訳表・按分表

　　　※「４．補助の要件」の区分①から④に係る申請のみ

※「危険手当等内訳表」は令和５年１０月１日以降に支給された「イ：割増賃

金・危険手当」に係る申請のみ

　　　※「衛生・防護用品内訳表」は「ケ：衛生・防護用品」に係る申請のみ

　　　※「按分表」は経費按分が必要な申請のみ

（３）様式２（理由書）（④の場合）

　　　※「４．補助の要件」の区分④に係る申請のみ

（４）様式３（療養者名簿）（⑤の場合）・療養者名簿 (追加補助積算シート)

　　　様式４－１（チェックリスト）・様式４ー２（チェックリスト）

　　　※「４．補助の要件」の区分⑤に係る申請のみ

　　　※「様式４－１（チェックリスト）」は令和４年４月１日から令和５年５月７日までの療養の場合

　　　※「様式４－２（チェックリスト）」は令和５年５月８日以降の療養の場合

（５）居宅サービス切替（⑥の場合）

　　　※「４．補助の要件」の区分⑥に係る申請のみ

（６）協力支援（⑦の場合）

　　　※「４．補助の要件」の区分⑦に係る申請のみ

（７）委任状

　　　※申請者と異なる口座名義人の口座への振り込みを希望する場合は、委任状（任意様式）、受任者の身分証明書を添付してください。

（８）感染状況報告書

（９）根拠書類

　　　※申請した経費の内訳が確認でき、かつ、事業完了が確認できる資料を添付してください。なお、経費種別ごとに書類をまとめ、申請経費の詳細が確認できる資料としてください。

例）領収書、委託契約書、契約額を支払ったこと。支払日がわかる納付書等

　　　※提出は郵送のみ（メールでの提出は不要）

（10）個別協議様式ア（ア）分

　　　※個別協議を希望する事業所のみ

## １０．交付申請の方法

交付申請の方法は以下のとおりです。

１.　 豊田市福祉部介護保険課のホームページから申請書等の様式をダウンロードしてください。

２．**本マニュアルのほか、要綱及びQA等を確認の上**、「２．交付申請書の記入方法について」（６ページ）を参考に申請書等を作成してください。

３．申請書等を記入し終えたら、交付申請の受付期間内に下記まで**郵送とメール**により提出してください。

**※紙とデータ両方の提出が必要です。どちらかが未提出である場合の確認連絡は致しませんので、ご注意ください。**

【郵送先】〒471-8501　豊田市福祉部介護保険課　（住所は記載不要）

※封筒の表面に「介護事業所等サービス確保対策事業費補助金　申請書」と朱書きしてください。

**※不足書類があるもの・受付期間を過ぎて到着したものは認めません。**

【メールアドレス】 kaigohoken@city.toyota.aichi.jp

※件名に「介護事業所等サービス確保対策事業費補助金　申請書」と記入し、ファイル　名は「【事業所名】申請書」としてください。

**※必ずExcelファイルのまま送付してください。**

**※不足書類があるもの・受付期間を過ぎて到着したものは認めません。**

**※委任状・根拠資料の提出は郵送のみで構いません。メールでの提出は不要です**。

## １１．交付申請の受付期間

令和５年９月１日（金）から随時受け付けます。

**※詳しい受付期間の詳細はホームページにて、随時ご案内いたします。**

## １２．交付決定及び補助金の振込

補助金の交付決定が行われた場合には、豊田市から申請書記載の法人所在地へ交付決定通知を郵送します。交付決定通知を送付後、申請書記載の振込口座に補助金を振込みします。

なお、交付決定通知書の発送から振込までに時間を要する場合がありますので、あらかじめご了承ください。また、振込に際して別に通知を発送することはありません。

その他、申請書等に不備がある場合、確認が必要な場合には、申請書記載の担当者宛に連絡することがあります。

※交付決定前に事業所・施設等を廃止された場合、補助金を受給できません。

## １３．証拠書類の保管

　本補助金に係る収入及び支出内容に関する証拠書類は、交付決定日の属する年度の終了後５年間保管してください。

　実地指導等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、補助金の返還を求める場合がありますので、不備のないよう証拠書類を保管してください。

## １４．消費税の取扱いについて

　補助金における消費税額については、法人の確定申告の方法等により、仕入控除税額として、消費税額相当分を返還していただく必要が生じる場合があります。

　そのため、交付申請にあたっては、貴社で検討の上、消費税分を申請するか決めていただくようお願いいたします。

　なお、消費税額を含めて申請したか否かを問わず、仕入控除税額報告書(様式６を改めて市に提出していただく必要があります。

# Ⅱ各様式の記入方法等について

入力が必要な欄について記入方法を説明しています。

## １．交付申請の必要書類について

申請する事業所・施設等、申請対象年度ごとに作成及び提出が必要です。

## ２．交付申請書の記入方法について

**入力が必要な欄は、水色に着色してある欄のみです。白色の欄は入力しないでください。**

### (１)－ア．共通部分（様式１）

テーブル

自動的に生成された説明

⑨」

⑧」

⑦」

⑥」

⑤

」

④」

③」

②

①

①申請対象年度

　プルダウンより選択し記入してください。

　※申請年度ではありません。

②交付申請及び実績報告年月日

　プルダウンより選択し記入してください。

③申請者

法人の名称を記入してください。

④法人所在地

　法人の所在地を記入してください。

⑤代表者職名

法人代表者の職名を記入してください。

（例）代表取締役、理事長、代表社員等

⑥代表者氏名

　法人代表者の氏名をフルネームで記入してください。

⑦担当者氏名

　この補助金の申請担当者の氏名を記入してください。

⑧電話番号

　申請担当者に日中つながる電話番号を記入してください。

⑨メールアドレス

　申請担当者とやりとりが可能なメールアドレスを記入してください。

※誤って記入された場合、必要な連絡ができず交付に支障が出ますので、今一度

ご確認の上、誤りのないよう記入してください。



⑩

⑩振込先情報

　本補助金の振込先の口座の情報を記入してください。

なお、記入にあたっては次の点に注意してください。

・金融機関コードおよび支店番号は、必ず金融機関名、店名と一致するようにしてください。

・預金種別は必ず記入してください。

・口座番号は、必ず７ケタで記入してください。6ケタ以下の場合は、頭に0を

入力し、7ケタとなるようにしてください。

・口座名義人のフリガナは、半角カタカナで入力してください。

・口座名義人は、必ず金融機関に登録された名義を記入してください。

　※「ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ　ﾀﾞｲﾋｮｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸ」のように法人名が漏れないようご注意ください。

### (１)－イ．共通部分（様式１－２）



⑥

⑦

⑤

④

①

③

②

①事業所番号

　２３で始まる事業所番号を記入してください。

**なお、申請する事業所が養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム､サービス付き高齢者向け住宅のいずれかである場合には記入不要です。**

　※10ケタの入力制限をしています。

②事業所所在市町村

　「豊田市」と記入してください。

③定員数

　申請するサービス種別が施設系サービスの場合には、定員数を記入してください。

**※現に届け出ている(又は許可を受けている)定員数を記入してください。**

④事業所の名称

　申請する事業所・施設の名称を記入してください。

　※現に行政に届け出ている（又は許可を受けている）名称を記入してください。

⑤サービス種別

　プルダウンより選択し記入してください。

　※　通所介護、通所リハビリテーションについては規模区分により選択肢が異なりますので、必ず算定している規模区分を確認の上、選択してください。

　※　介護予防サービスのみ、実施している場合には、その介護サービスを選択してください。

　　（例）介護予防支援　→　居宅介護支援

　※　通所型サービス、訪問型サービス、介護予防ケアマネジメントのいずれかと介護サービスの指定を併せて受けている場合には、それぞれ介護サービスを選択してください。

　　（例１）訪問介護と訪問型サービス → 訪問介護を選択

　　（例２）地域密着型通所介護と通所型サービス → 地域密着型通所介護を選択

⑥実施事業種別

　プルダウンより選択し記入してください。

⑦その他該当する事業種別

　⑥欄において、実施事業種別「①」から「④」又は「⑥」のいずれかを選択した場合であって、実施事業種別「⑤」又は「⑦」、若しくは「⑤」と「⑦」の両方を実施し、それに係る経費を申請する場合には、その該当する区分をプルダウンより選択し記入してください。

※選択肢は、”⑤”、”⑦”、”⑤、⑦”を設けています（短期入所系、施設系以外は”⑦”のみ）。



⑧

⑧

⑧既交付決定額

　初めて申請する場合は記入不要です。

　令和４年度又は令和５年度に交付決定を受けている場合は、交付決定額を記入してください。

### (２)－ア．【感染対策徹底（自費検査費用を除く）】



①

⑤

⑤

④

③

②

①用途

　プルダウンより選択し記入してください。

②金額（円）

　①欄で選択した経費の金額を記入してください。

③年度

　①欄で選択した経費の該当年度をプルダウンより選択し記入してください。

④内容・積算

　記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記入してください。

⑤事業完了日

　申請する経費に掛かる事業完了日を記入してください。

### (２)－イ．【代替サービス提供】



⑥

④

⑤

⑥

③

②

①

①代替サービス提供に関する情報

　代替サービスの提供を行った期間、提供場所の名所及び住所を記入してください。

②用途

プルダウンより選択し記入してください。

　なお、代替サービスを提供していた期間に要した経費が対象となりますのでご注意ください。

③金額（円）

　②欄で選択した経費の金額を記入してください。

④年度

　②欄で選択した経費の該当年度をプルダウンより選択し記入してください。

⑤内容・積算

　記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記入してください。

⑥事業完了日

　申請する経費に掛かる事業完了日を記入してください。

### (３)　危険手当内訳表

テーブル

自動的に生成された説明

⑤

④

③

②

①

①職員名

　職員名を記入してください。

②対象（勤務）月

対象（勤務）月をプルダウンより選択し記入してください。

なお、勤務が複数またがる場合は、月ごとに行を分けてください。

③支給形態

　支給形態をプルダウンより選択し記入してください。

④単価（円）

　日額の場合１日あたり、月額の場合１月あたり、時給の場合１時間あたりの単価を記入してください。

⑤勤務数

日額の場合は日数、月額の場合は月数（=１月）、時給の場合は時間数を記入してください。

### (４)　衛生・防護用品内訳表

アプリケーション, テーブル

自動的に生成された説明

⑧

⑦

⑥

⑤

④

③

②

①

①発注日

　購入用品の発注日を記入してください。

②納品日

　購入用品の納品日を記入してください。

③支払日

　購入用品の支払日を記入してください。

④年度

購入用品の該当年度をプルダウンより選択し記入してください。

⑤購入用品名

　購入用品の名称を記入してください。（〇枚入、〇着入、〇本入 等まで記入してください。）

⑥単価（円）

　購入用品の「単価」を記入してください。

⑦個数

　購入用品の「個数」を記入してください。

⑧単位

　購入用品の「単位」を記入してください。（例：個、箱、本）

**※これらの根拠書類には、右上に該当する「№」を記入して昇順に揃えて提出してください。**

### (５)．按分表



①

②

①按分先事業所名

　A欄は申請する事業所名、B・C欄は按分先の事業所名を記入してください。

②按分先事業所サービス種別

　プルダウンより選択し記入してください。



⑧

⑦

⑥

⑤

④

③

③「購入用品名」又は「割増賃金又は手当名」

　「購入用品」や「割増賃金・手当」の名称を記入してください。

※「衛生用品等」の場合は、〇枚入、〇着入、〇本入 等まで記入してください。

※「割増賃金・手当」の場合は、交付人数、単価、延べ日数（時間）まで記入してください。

④発注日

　購入用品の発注日を記入してください。

「割増賃金・手当」の場合は記入不要です。

⑤購入先名

購入先の名称を記入してください。

※「割増賃金・手当」の場合は記入不要です。

⑥「購入個数」又は「延べ日数（時間）」

　③欄で記入した購入用品の「個数」や割増賃金・手当の「延べ日数（時間）」を記入してください。

⑦単価（円）

　③欄で記入した購入用品や割増賃金・手当の「単価」を記入してください。



⑨4

⑨4

⑨4

⑨「個数」又は「日数（時間）」

按分した事業所ごとの「個数」又は「日数（時間）」をそれぞれ記入ください。

**※⑥欄で入力した個数・延べ日数(時間)」及び「⑧欄で表示されている額」と一致しているか確認をしてください。**

### (６)．様式２



⑥

③

⑤

④

②

①

①～③所管保健所の情報

　施設を所管する保健所の名称、担当課、連絡先を記入してください。

④～⑥検査機関の情報

　保健所以外に行政検査を依頼したが、対象外と判断された場合に、その機関、担当者、連絡先を記入してください。

保健所以外に行政検査を依頼していない場合には記入不要です。



⑦

⑦検査を要する原因の発生した経緯と行政検査の対象とならなかった理由

　どのような経緯・理由で、検査が必要になったのか、また、なぜ行政検査の対象とならなかったのか、行政検査の依頼日やその理由を具体的に記入してください。



⑫

⑪

⑨

⑩

⑧

⑧関係種別

　⑨欄に記入する方の利用者・職員の別をプルダウンより選択し記入してください。

⑨～⑫検査情報

　検査対象者氏名、検査実施日、行政検査の対象とならず、自費で検査をすることになった理由、所要額を記入してください。

　※⑫欄に入力した額と２万円とを比較し、少ない方の額が自動で表示されます。

### (７)．様式３

Word が含まれている画像

自動的に生成された説明

⑦

⑥

⑤

④

③

②

①

①氏名

　施設内で療養した入所者の氏名をカタカナで記入ください。

②生年月日

　①欄に記入した方の生年月日を記入してください。

③検体採取日

　当該施設内療養者について、陽性確定に係る検体採取日を記入してください。

④症状有無

　当該施設内療養者について、症状有無をプルダウンより選択し記入してください。

⑤発症日

　有症状者について、その発症日を記入してください。

⑥施設内療養を行った期間

　施設内で療養を開始した日及び終了日を記入してください。

　2022/08/30のように記入していただくと、自動で「R4.8.30」と表示されます。

⑦基本期間の超過理由

　施設内療養を行った期間が基本期間を超える理由について、区分をプルダウンより選択し記入してください。また、具体的な症状・指示等を記入してください。

　※超えない場合は記入不要です。

### (８)．積算表（追加補助積算シート）



①既交付追加補助額計

　令和４年度又は令和５年度に交付決定において施設内療養で追加補助を受けたことがある場合は、その金額を記入してください。

**※その他の欄は、様式３の情報が自動で反映されるため、記入不要です。**

### (９)―ア．様式４―１



①

①施設内療養することとなった経緯

　施設内療養することとなった経緯について、具体的にご記入ください。



②

②チェックリスト

　施設内の療養に要した費用について、要件を確認し、該当するものすべてにチェックをしてください。

**なお、補助要件として、すべての要件に該当する必要があります。**



③

③その他

　備考等があれば記入してください。

### (９)―イ．様式４―２



①

①チェックリスト

　施設内の療養に要した費用について、要件を確認し、該当するものすべてにチェックをしてください。

**なお、【施設内療養】の要件として、すべての要件に該当する必要があります。**

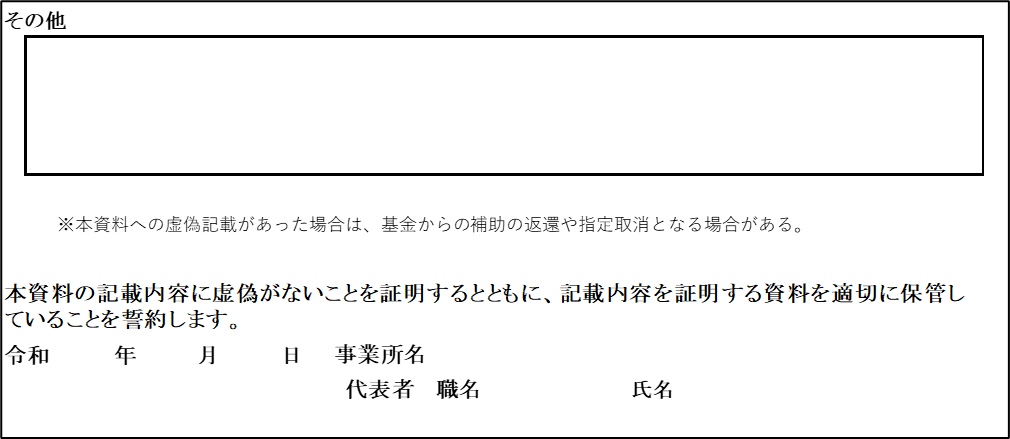


②

②調査票の提出

**令和５年５月８日以降の施設内療養に要する費用の申請については、「事前に調査票を提出し、すべての要件を満たしていた」ことが要件の１つとなっております。**

「事前に提出したこと」、「すべての要件を満たしていたこと」を確認し、チェックをしてください。



③

③その他

　備考等があれば記入してください。

### (１０)．【居宅サービス切替】



②

①

⑥

⑦

⑦

④

③

⑤

①居宅サービス切り替えでのサービス提供期間

　サービス提供の開始日と終了日を記入してください。

②居宅サービスに切り替えた利用者氏名

　居宅サービスに切り替えた利用者の氏名を記入してください。

③用途

プルダウンより選択し記入してください。

④金額（円）

　③欄で選択した経費の金額を記入してください。

⑤年度

プルダウンより選択し記入してください。

⑥内容・積算

　記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記入してください。

⑦事業完了日

　該当年度の最終の事業完了日を記入してください。

### (１１)【協力支援】



②

③

④

①

①事業所番号・②事業所の名称

　協力支援対象事業所情報を記入してください。

③協力支援内容

　プルダウンより選択し記入してください。

④協力期間

　協力支援の開始日と終了日を記入してください。



⑨4

⑨4

⑧

⑦

⑥

⑤

⑤用途

プルダウンより選択し記入してください。

⑥金額（円）

　⑤欄で選択した経費の金額を記入してください。

⑦年度

プルダウンより選択し記入してください。

⑧内容・積算

　記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記入してください。

⑨事業完了日

　該当年度の最終の事業完了日を記入してください。

### (１２)．委任状



①



②

①委任日

委任日を記入してください。

②受任者

受任者（補助金の振込先）の住所・氏名を記入してください。

### (１３)．感染状況報告書

テーブル

自動的に生成された説明

⑥

⑤

④

②

③

①

①申請する事業所との関係

プルダウンより選択し記入してください。

②発症日

　発症日を記入してください。

③陽性判明日

　陽性判明日を記入してください。

④陽性者区分

プルダウンより選択し記入してください。

⑤カナ氏名

　対象者の氏名をカタカナで記入ください。

⑥事故報告書提出日

　事故報告書の提出日を記入してください。

**※感染者発生に際し、「介護保険事業者事故報告書」等の提出がない場合、申請は認めません。**

### (１４)．個別協議様式ア（ア）分

グラフィカル ユーザー インターフェイス, テキスト, アプリケーション, メール

自動的に生成された説明

①

①対象年度

当てはまる欄にプルダウンより選択し記入してください。

テーブル が含まれている画像

自動的に生成された説明

②

②基本情報

　１回目の申請は上段に、２回目以降の申請は下段に記入してください。

　※入力は水色の欄のみ

グラフィカル ユーザー インターフェイス, アプリケーション

自動的に生成された説明

③

③対象経費の所要額

　対象経費の内訳額を記入してください。

**テーブル

自動的に生成された説明**

④

④感染者等情報

　感染者数等を記入してください。

グラフィカル ユーザー インターフェイス が含まれている画像

自動的に生成された説明

⑦

⑤

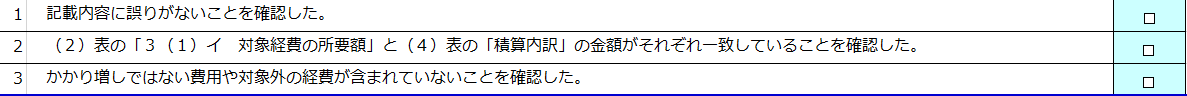
⑥

⑤対象経費の費目

　③欄の費目を記入してください。

⑥左記対象経費の概要・⑦左記対象経費の所要額の積算内訳

　「「費用の概要、積算内訳」記載例」シートを参考に、⑤欄の経費の概要及び所要額の積算内訳を記入してください。

****

⑧

⑧事業所・施設等チェック項目

　各項目を確認の上、チェックを付けてください。