

（様式第1号-1）総括表【令和4年度に生じた費用分】

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
補助金申請書

令和 4 年 6 月 22 日

茨城県知事 殿

色が付いているセルのみ
ご記入ください。

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	シヤカイフクシホウジン ○○○			
	名 称	社会福祉法人 ○○○			
	所在地	(郵便番号 301 - 1111) 茨城県水戸市◇◇◇町○○			
	連絡先	電話番号	029-301-0000	E-mail	xxxx@xx.or.jp
	代表者の職・氏名	職 名	代表取締役	氏 名	茨城 太郎
	申請に関する担当者	職 名	総務課	氏 名	茨城 三郎

法人情報をご記入ください。

申請内容		緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業			
		(ア)、(イ)		(ウ)	
		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
通所系	通所介護事業所（通常規模型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	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 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	認知症対応型通所介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
短期入所系	短期入所生活介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	短期入所療養介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
訪問系	訪問介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	訪問入浴介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	訪問看護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円

個票に必要事項を入力すると、自動的に反映されます

入所施設・居住系	地域密着型介護老人福祉施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護老人保健施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護医療院	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護療養型医療施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	認知症対応型共同生活介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	養護老人ホーム（定員30人以上）	1 箇所	3,700 千円	1 箇所	1,900 千円
	養護老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	有料老人ホーム（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	有料老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	サービス付き高齢者向け住宅（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	サービス付き高齢者向け住宅（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	小 計	1 箇所	3,700 千円	1 箇所	1,900 千円
合 計 ((1)+(2))				5,600 千円	

(ア)・・・新型コロナウイルス感染者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（休業要請を受けた事業所・施設等）
(イ)・・・新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅
(ウ)・・・感染者が発生した介護サービス事業所・施設
応援職員の派遣を行う事業所・施設等

この金額を交付申請書(様式第1号)に記載してください

(様式第1号-2) 事業所・施設別申請額一覧【令和4年度に生じた費用分】

厚労省との個別協議を希望する場合は、直接、**所要額**を入力してください。
(別途「個別協議様式(別添1,2)」の提出が必要です)

(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
				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	08XXXXXXXXX	特別養護老人ホーム △△△△	養護老人ホーム(定員30人以上)	3,700	3,971	3,700	1,900	1,980	1,900	5,600	
2											
3											
4	個票に必要事項を入力すると、自動的に反映されます										
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計						3,700			1,900	5,600	

(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、交付要項の別表5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「(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、「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。(自動計算)

(様式第1号-3) 事業所・施設別個票【令和4年度に生じた費用分】

色が付いているセルのみご記入ください。

事業所・施設の状況	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム △△△△		介護保険事業所番号	08XXXXXXXX
	事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム △△△△			
	サービス種別	養護老人ホーム (定員30人以上)	定員	100	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 301 - 0000)		※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載	
		茨城県水戸市◇◇◇町○○			
	連絡先	電話番号	029-301-0000	E-mail	xxxx@xx.or.jp
管理者の氏名	施設長 ○○○○				
区分	<input checked="" type="checkbox"/> (ア)、(イ)	該当する区分にチェックを入れてください。			
	<input checked="" type="checkbox"/> (ウ)				

(ア)、(イ)

基準単価 3,700 千円 所要額 3,971 千円

助成対象の区分 **ア①** ※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の類の手円未満切り捨て

計算式は絶対に変更しないでください。
千円未満の端数は切り捨てられます。

- (ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所
 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(職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不特定の場合を含む)
 (※1~※4)
 ②濃厚接触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都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所(※4)、短期入所系サービス事業所(※3)
 ④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)
 ⑤病床ひっ迫等により、やむを得ず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宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)
 (ア)①、③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(通常形態での通所サービス提供が困難であり、感染の未然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))

色が付いているセルのみご記入ください。

<積算内訳>

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
緊急雇用	900,000	職員○名分(○月○日~○月○日) ○名×●円×△日間+○円(手数料、◇◇費用)
割増賃金・手当	500,000	超過勤務手当:○円(○人分、延べ●時間) ◇◇手当:○円(△人分、単価○○円/時間、延べ●時間)
職業紹介料	300,000	有料職業紹介サイト求人募集を依頼 ○人分×●日間分
損害賠償保険加入	200,000	緊急雇用した職員について、介護業務に携わる際の損害賠償保険に加入 ○名×◇円×●日間分
宿泊費(帰宅困難職員)	10,000	感染者への対応を行った職員のホテル宿泊費 ○名×△円×●泊
旅費(連携)	30,000	連携先◇◇◇、○名分、延べ●回分、交通手段○○
自費検査	20,000	別表3参考のとおり
消毒・清掃	800,000	事業所内の消毒・清掃を委託業者に依頼 ○円×●回
感染性廃棄物処理	300,000	感染者が使用した○○を廃棄するため、廃棄業者に廃棄処理を依頼 ○円×●回
衛生用品購入	391,562	品目①マスク:○円(○箱分)、品目②アルコール消毒液:○円(○個分)、品目③PVCグローブ:○円(○枚分)
施設内療養	510,000	別表4参考1のとおり
施設内療養(追加補助)	100,000	別表4参考2のとおり
合計(①)	3,971,562	内訳に所要額を入力すると自動計算されます。

品目が多くて書ききれない場合は、別途一覧表を添付してください。

施設内療養に要する費用を申請する場合は、**施設内療養チェックリスト**を提出してください

自費検査費用を申請する場合は、**自費検査チェックリスト**を提出してください。

施設ごと、サービス種別ごとに個票を作成してください

