

神戸市新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業実施要綱

令和2年7月17日 福祉局長決定

(目的)

第1条 介護サービスは、要介護高齢者等やその家族の日常生活の維持にとって必要不可欠なものであるため、新型コロナウイルスの感染等によりサービス提供に必要な職員が不足した場合でもサービスの継続が求められること等から、本事業により、新型コロナウイルスの感染等による緊急時のサービス提供に必要な介護人材を確保し、職場環境の復旧・改善を支援することを目的とし、令和5年3月28日付老発0328第3号厚生労働省老健局長『令和5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の実施について』及び兵庫県の定める要綱その他に基づき、本事業に関する補助金を交付するため、地方自治法（昭和22年法律第67号）、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）、神戸市補助金等の交付に関する規則（平成27年3月神戸市規則第38号。以下「補助金規則」という。）に定めがあるもののほか、当該補助金の交付等に関して必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、次に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(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（第3条(1)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

(6) 介護サービス事業所・施設等

以上の介護施設等、訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、通所系サービス事業所を総称したものをいう。

(対象事業所等)

第3条 以下の介護サービス事業所・施設等が、感染機会を減らしつつ、必要な介護サービスを継続して提供するために必要な経費について支援を行う。

(1) 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）
- 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、短期入所系サービス事業所、介護施設等
- 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）
- ④ やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等

(2) 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

(1)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、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（近隣自治体や近隣介護サービス事業所・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））

(3) 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介護サービス事業所・施設等

- ・(1)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があり、自主的に休業した介護サービス事業所

(対象経費・対象期間)

第4条 令和4年4月1日から令和6年3月31日までの間の、新型コロナウイルス感染症への対応において発生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を助成対象とする（ただし、令和4年4月1日から令和5年5月7日までに係る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については、「令和5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の実施について」（令和5年3月28日付け老発0328第3号厚生労働省老健局長通知）に基づき助成を行う。）（補助対象期間中に発生した経費に限る。介護報酬及び他の国庫補助金等で措置されているものは本事業の対象としない。）。

(1) 前条(1)①及び②に該当する介護サービス事業所・施設等

【緊急時の介護人材確保に係る費用】

① 職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当（令和5年10月1日以降に支給された当該割増賃金・手当のうち、新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当については、職員一人につき、日額による支給の場合には1日あたり4千円を補助上限とし、1月あたり2万円を限度額とする。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を補助上限の限度額とする。以下同じ。）、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1のとおり。介護施設等に限る）

② 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用

【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

③ 介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用

④ 感染性廃棄物の処理費用

⑤ 感染者又は感染者と接触があった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（備品は除く）

⑥ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用

代替場所の確保（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）

※なお、②、⑥については、代替サービス提供期間の分に限る。

(2) 前条(1)③に該当する介護施設等

【緊急時の介護人材確保に係る費用】

職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保

一定の要件に該当する自費検査費用（別添1のとおり。（介護施設等に限る））

(3) 前条(1)④に該当する高齢者施設等

【緊急時の介護人材確保に係る費用、職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用（令和5年5月7日までは別添2-1のとおり、令和5年5月8日以降は別添2-2のとおり。（高齢者施設等に限る））

(4) 前条(2)に該当する事業所

【緊急時の介護人材確保に係る費用】

① 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用

【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

② 通所系サービスの代替サービス提供のための費用

代替場所の確保（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）

※なお、(4)①②については、代替サービス提供期間の分に限る。

(5) 前条(3)に該当する介護サービス事業所・施設等

【連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用】

- ・ 感染が発生した介護サービス事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保
 - ・ 感染が発生した介護サービス事業所・施設等への介護人材の応援派遣
- のための、緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、職員派遣に係る旅費・宿泊費

2 補助対象期間については、前項(1)(2)(3)(4)は利用者又は職員の感染が判明した日から利用者又は職員の感染のおそれがなくなった日までとし、前項(5)は派遣（受入）開始日から終了日までとする。

(補助金の額)

第5条 補助金の額は、予算の範囲内で別紙に掲げる単価及びその他の条件を基準とする。

なお、別添3に定める基準単価は年度単位で適用する。

- 2 1介護サービス事業所・施設等につき、第3条(1)、(2)、(3)それぞれを基準単価まで助成することができる。
- 3 介護サービス事業所・施設等ごとに、基準単価と対象経費の実支出額を比較して少ない方の額を補助額とする。なお、助成額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(交付申請)

第6条 申請者は、補助金規則第5条第1項に基づき補助金の交付を申請するときは、次に掲げる書類を令和6年3月31日までに市長に提出しなければならない。なお、該当する費用がない場合については、この限りではない。

【令和4年度発生分】

- (1) 補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書（その1）（別紙2）
- (3) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書（その1）（別紙3-1）
- (4) 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 所要額一覧（別紙3-2）
- (5) 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用（追加補助対象分） 所要額一覧（別紙3-3）
- (6) 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（別紙3-4）
- (7) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書（その2）（別紙2）
- (8) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書（その2）（別紙3）
- (9) 通帳の写し等金融機関情報が確認できる資料
- (10) その他市長が必要と認める資料

【令和5年度発生分】

- (1) 補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- (2) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書（その1）（別紙2）
- (3) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書（その1）（別紙3-1）
- (4) 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 所要額一覧（別紙3-2）
※令和5年9月30日まで、令和5年10月1日以降
- (5) 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用（追加補助対象分） 所要額一覧
（別紙3-3） ※令和5年9月30日まで、令和5年10月1日以降
- (6) 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
（別紙3-4） ※令和5年5月7日以前、※令和5年5月8日以降
- (7) 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2
（別紙3-4） ※令和5年5月8日以降
- (8) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書（その2）（別紙2）
- (9) 介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書（その2）（別紙3）
- (10) 通帳の写し等金融機関情報が確認できる資料
- (11) その他市長が必要と認める資料

（交付の決定等）

第7条 市長は、補助金規則第6条による補助金の交付決定を行うときは、次に掲げる書類により申請後1ヶ月以内に申請者に通知のうえ、補助金を交付するものとする。

- (1) 補助金交付決定通知書（様式第2号）
 - (2) その他市長が必要と認める書類
- 2 市長は、交付決定をする場合において、当該補助金の交付の目的を達成するため、補助事業者に対し以下の条件を付するものとする。
- (1) 事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号）第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、市長の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、又は廃棄してはならない。
 - (2) 市長の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を神戸市に納付させることがある。
 - (3) 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
 - (4) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除税額が0円の場合を含む）には、別に定める様式により、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに速やかに神戸市長に報告しなければならない。なお、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を神戸市に返還しなければならない。

(5) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について領収証書等の証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止に係る承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

3 市長は、補助金規則第6条第3項による補助金の交付が不相当である旨の通知を行うときは、次に掲げる書類をもって申請者に通知するものとする。

(1) 補助金不交付決定通知書（様式第3号）

(2) その他市長が必要と認める書類

（交付決定の取消し）

第8条 市長は、補助金規則第19条による補助金の交付決定の全部又は一部を取り消したときは、速やかに、その旨を補助金交付決定取消通知書（様式第4号）により当該補助事業者等に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により補助金の交付を取り消した場合において、既に補助金を交付しているときは、期限を定めて補助金を返還させるものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、補助金の交付に関して必要な事項は、福祉局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和2年7月17日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年3月31日から施行し、様式第1号及び様式第4号から様式第6号については令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年6月23日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年3月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和4年6月20日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

2 この要綱の施行の際、改正前の様式1号については、当分の間、なお使用することができる。

附 則

この要綱は、令和4年8月18日から施行し、令和4年8月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和4年10月25日から施行し、令和4年10月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年1月16日から施行し、令和5年1月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年2月13日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年5月8日から施行し、令和5年4月1日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式1号については、当分の間、なお使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年6月26日から施行し、令和5年5月8日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式1号については、当分の間、なお使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年10月26日から施行し、令和5年10月1日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式1号については、当分の間、なお使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年2月22日から施行し、令和6年2月8日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、改正前の様式1号については、当分の間、なお使用することができる。

「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱は、以下のとおりとする。

1 助成対象

高齢者は、症状が重症化しやすい者が多く、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きいため、重症化リスクが高い者が多く入所する高齢者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を地方自治体を実施する場合には行政検査として取り扱うこととされていることを踏まえて、以下の介護施設等を対象とする。

(対象施設等)

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 助成の内容及び要件

以下の要件に該当する自費での検査費用を助成対象とする。

1 の対象施設等において、

- ・感染者と同居する職員
- ・面会後に面会に来た家族が感染者であることが判明した入所者

などの者に対して施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行政検査の対象とはされず、個別に検査を実施する場合であって、以下の①及び②の要件に該当する場合とする。

①近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設等であること

②保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に、施設等の判断で実施した自費検査であること。

※なお、②については、自費検査を行った施設等において行政検査の対象とならなかった経緯を記載した理由書を作成し本事業の申請書と併せて神戸市に提出すること。神戸市は必要に応じて保健所等にも確認して理由書の確認を行う。

※なお、感染者が確認された場合には、行政検査として扱われる場合は本事業の対象とはならない。

3 助成の上限額

一人1回あたりの補助上限額は2万円を限度とする。（ただし、別添3の補助単価の範囲内）

4 その他

職員や利用者の個別の状況、事情にかかわらず、事業者の判断で実施される定期的な検査や一斉検査は対象外とする。

「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

1 助成対象

- 高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症に利用者が罹患した場合に、
 - ・ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養することとなり、
 - ・ 保健所の指示等に基づき、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

(対象事業所・施設)

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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域をわける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整
- ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑤ 症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認

等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1 の対象事業所・施設であって、以下の (1) 及び (2) の要件に該当する場合とする。

- (1) 保健所に入所者の入院を依頼したが、病床ひっ迫等により、保健所等から入所継続の指示があった場合など、やむを得ず施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 保健所の指示等に基づき、必要な体制を確保しつつ、施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑤を実施した高齢者施設等であること。

※なお、(1) 及び (2) については、参考 1 のチェックリストに記載し、本事業の申請書と併せて神戸市に提出すること。神戸市は必要に応じて保健所等にも確認し、(1) 及び (2) の確認を行う。

また、上記①～⑤に加え、以下の⑥⑦いずれも満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

- ⑥ 令和 4 年 1 月 9 日以降において、1 の対象事業所・施設が所在する区域が、緊急事態措置又はまん延防止等重点措置（以下「緊急事態措置等」という。）を実施すべき区域とされていること（※）。

※令和4年3月21日時点で緊急事態措置等を実施すべき区域とされている都道府県については、緊急事態措置等を実施すべき区域から除外された場合であっても、令和4年4月7日までは⑥の要件を満たすものとする。また、令和4年4月8日から令和5年3月末日までは、緊急事態措置等を実施すべき区域以外の区域においても⑥の要件を満たすものとする。また、令和4年4月8日以降は、緊急事態措置等を実施すべき区域以外の区域においても⑥の要件を満たすものとする。

⑦ 小規模施設等（定員29人以下）に あっては施設内療養者*が同一日に2人以上、大規模施設等（定員30人以上）に あっては施設内療養者*が同一日に5人以上いること。

※ 別添2-1でいう「施設内療養者」は、令和4年9月30日までに発症した者については、発症後15日以内の者とする。

令和4年10月1日以降に発症した者については、発症日から起算して10日以内の者（発症日を含めて10日間）とする。ただし、発症日から10日間経過しても、症状軽快*後72時間経過していないために、基本となる療養解除基準（発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快*後72時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日まで「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して15日目までを上限とする）。なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

* 無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る検体採取日が令和5年1月1日以降の場合は、当該検体採取日から起算して7日以内の者（当該検体採取日を含めて7日間）を「施設内療養者」とする。なお、陽性確定に係る検体採取日が令和4年12月末日までの場合は、当該検体採取日を発症日として取り扱って差し支えない。

* 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。

3 助成の上限額

○ 令和4年9月30日までに施設内療養者となった者

施設内療養者一人あたり15万円とする。ただし、15日以内に入院した場合は、発症日から入院までの施設内での療養日数に応じ、一人あたり一日1万円を補助する。

また、2の⑥⑦の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日1万円を追加補助する（一人あたり最大15万円を追加補助。）。

○ 令和4年10月1日以降に施設内療養者となった者

施設内療養者一人あたり一日1万円を補助する（一人あたり最大15万円を補助。）。

また、2の⑥⑦の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日1万円を追加補助する（一人あたり最大15万円を追加補助。）。

なお、助成額は別添3の基準単価の範囲内（ただし、令和5年4月1日以降に生じた助成額については、令和5年度に適用する基準単価の範囲外とする。）とし、追加補助については、小規模施設等は1施設あたり200万円、大規模施設等は1施設あたり500万円を限度額とする。

4 その他

本助成は、本要綱第4条(1)の対象経費とあわせての助成が可能である。

「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

1 助成対象

- 利用者が新型コロナウイルス感染症に罹患して施設内療養することとなり、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

(対象事業所・施設)

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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域をわける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施
- ④ 担当職員を分ける等の勤務調整
- ⑤ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑥ 症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローの確認

等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1の対象事業所・施設であって、以下の(1)から(5)の要件全てに該当する場合とする。

- (1) 施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑥を実施した高齢者施設等であること。

※なお、(1)及び(2)については、参考2のチェックリストに記載し、本事業の申請書と併せて神戸市に提出すること。また、神戸市は必要に応じて保健所等にも確認し、(1)及び(2)の確認を行うこと。

- (3) 利用者に新型コロナウイルス感染者が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保している高齢者施設等であること（自施設の医師が対応を行う場合も含む）。

- ・施設からの電話等による相談への対応
- ・施設への往診（オンライン診療を含む）
- ・入院の可否の判断や入院調整

- (4) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施している高齢者施設等であること。

(5) 希望する利用者へのオミクロン株対応ワクチンの接種を実施している高齢者施設等であること。

※ (3) から (5) については、参考 3 のチェックリストに記載して、事前に都道府県に提出することとし、チェックリストで示された要件を満たす必要がある。なお、チェックリストの提出方法等については、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和 5 年 3 月 17 日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）等を踏まえた都道府県からの依頼内容に基づき対応することとする。

さらに、上記①～⑥に加え、以下の⑦を満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

⑦ 施設内療養者※が定員規模に応じて以下の人数を満たすこと。

	令和 5 年 5 月 8 日 から 9 月 30 日まで	令和 5 年 10 月 1 日以降
小規模施設等 (定員 29 人以下)	同一日に 2 人以上	同一日に 4 人以上
大規模施設等 (定員 30 人以上)	同一日に 5 人以上	同一日に 10 人以上

※ 別添 2-2 でいう「施設内療養者」は、発症日から起算して 10 日以内の者（発症日を含めて 10 日間）とする。ただし、発症日から 10 日間を経過していなくても、発症後 5 日を経過し、かつ、症状軽快* 1 から 24 時間経過した者であって、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記①～⑥の措置を継続しないこととした場合については、当該措置を行った日まで* 2 「施設内療養者」であるものとする。

また、発症日から 10 日間経過し、かつ症状軽快から 72 時間経過していない者であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された者については、当該療養を行った日まで* 2 「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して 15 日目までを上限とする）。なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

* 無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る当該検体採取日から起算して 7 日以内の者（当該検体採取日を含めて 7 日間）を「施設内療養者」とする。ただし、発症日から 7 日間を経過していなくても、発症日から 5 日間経過した者であって、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記①～⑥の措置を継続しないこととした場合については、当該措置を行った日まで「施設内療養者」であるものとする。

- * 1 症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。
- * 2 療養期間中であっても、上記①～⑥の措置が行われていない期間が存在した場合、当該期間は補助の対象外とする。

3 助成の上限額

施設内療養者一人あたり以下の金額を補助する。

	令和5年5月8日 から9月30日まで	令和5年10月1日以降
2の①から⑥を満たす場合の補助	1日1万円 (最大15万円)	1日5千円 (最大7万5千円)
上記に加えて2の⑦の要件を満たす場合の追加補助	1日1万円 (最大15万円)	1日5千円 (最大7万5千円)

なお、助成額は別添3の基準単価の範囲外とし、追加補助については、小規模施設等は1施設あたり200万円、大規模施設等は1施設あたり500万円を限度額とする。

4 その他

本助成は、本要綱第4条(1)の対象経費とあわせての助成が可能である。

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

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

例) 保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2 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(区域をわける)を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や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保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<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。

令和 年 月 日 事業所名
代表者 職名 氏名

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の要件に関するチェックリスト

黄色セル入力必須

施設種別		
①-1	<p>施設の入所者に新型コロナの感染者(疑い含む)が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保済みですか。(自施設の医師が対応を行う場合も含みます。)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設からの電話等による相談への対応 ・施設への往診(オンライン診療含む) ・入院の可否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む) <p>※上記3項目全て必須です。 ※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記の対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。 ※自ら確保しようとしたものの、確保することが困難な場合には、貴施設所在の自治体にご相談した上で、医療機関を確保することを検討してください。 ※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。 ※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。</p>	
①-2	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。 (自施設の医師が対応を行う場合は、自施設の名称を記入してください。また、協力医療機関・配置医師が所属する医療機関等以外の医療機関でも可能です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、主な医療機関をひとつ記入してください。</p>	
①-3	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関に対し、上記の対応を行うことについて、事前の相談を行った年月を右欄に記入してください。(自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、①-2に記入した医療機関と事前の相談を行った年月を記入してください。 ※新型コロナウイルス感染症が生じた当初から事前の相談を行っていた場合等で、明確な相談時期を記載できない場合は、「2020年1月」と記入してください。</p>	
②-1	<p>全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含みます。)</p> <p>※当該研修の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)。</p>	
②-2	<p>【②-1が○の場合のみ回答】 直近での研修の実施年月日を右欄に記入してください。(本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
②-3	<p>感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施していますか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含みます。)</p> <p>※当該訓練の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)</p>	
②-4	<p>【②-3が○の場合のみ回答】 直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。 (本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
③-1	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(1回目)の施設単位での接種は実施済みですか。</p> <p>※住民接種により対応した場合には、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-2	<p>【③-1が○の場合のみ回答】 直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を記載してください。</p>	
③-3	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(2回目)の施設単位での接種を実施する予定がありますか。</p> <p>※住民接種により対応する場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-4	<p>【③-3が○の場合のみ回答】 接種を実施する予定年月日を記載してください。(予定日が確定していない場合は、概ねの時期を記載)</p>	

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。
 ※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となる場合があります。

施設名	
代表者名	
記入日	令和 年 月 日

【別添3】補助基準額表（単位：千円 1事業所又は1定員当たり）

補助事業の対象となる者		介護事業者等サービス継続支援事業						
		(1) 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（休業要請を受けた事業所・施設等を含む）（17を除く）	(2) 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	(3) 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・施設等に派遣職員を派遣を行う事業所・施設等				
事業所・施設等の種別 (※1)		各サービス共通						
		各サービス共通						
通所系	1 通所介護事業所	通常規模型	537	/事業所	537	/事業所	268	/事業所
	2 通所介護事業所	大規模型(Ⅰ)	684	/事業所	684	/事業所	342	/事業所
	3 通所介護事業所	大規模型(Ⅱ)	889	/事業所	889	/事業所	445	/事業所
	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）		231	/事業所	231	/事業所	115	/事業所
	5 認知症対応型通所介護事業所		226	/事業所	226	/事業所	113	/事業所
	6 通所リハビリテーション事業	通常規模型	564	/事業所	564	/事業所	282	/事業所
	7 通所リハビリテーション事業	大規模型(Ⅰ)	710	/事業所	710	/事業所	355	/事業所
	8 通所リハビリテーション事業	大規模型(Ⅱ)	1,133	/事業所	1,133	/事業所	567	/事業所
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所		27	/定員	-	-	13	/定員
	10 短期入所療養介護事業所		27	/定員	-	-	13	/定員
訪問系	11 訪問介護事業所		320	/事業所	-	-	160	/事業所
	12 訪問入浴介護事業所		339	/事業所	-	-	169	/事業所
	13 訪問看護事業所		311	/事業所	-	-	156	/事業所
	14 訪問リハビリテーション事業所		137	/事業所	-	-	68	/事業所
	15 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		508	/事業所	-	-	254	/事業所
	16 夜間対応型訪問介護事業所		204	/事業所	-	-	102	/事業所
	17 居宅介護支援事業所		148	/事業所	-	-	74	/事業所
	18 福祉用具貸与事業所		-	-	-	-	282	/事業所
多機能型	19 居宅療養管理指導事業所		33	/事業所	-	-	16	/事業所
	20 小規模多機能型居宅介護事業所		475	/事業所	-	-	237	/事業所
入所施設 居住系	21 看護小規模多機能型居宅介護事業所		638	/事業所	-	-	319	/事業所
	22 介護老人福祉施設		38	/定員	-	-	19	/定員
	23 地域密着型介護老人福祉施設		40	/定員	-	-	20	/定員
	24 介護老人保健施設		38	/定員	-	-	19	/定員
	25 介護医療院		48	/定員	-	-	24	/定員
	26 介護療養型医療施設		43	/定員	-	-	21	/定員
	27 認知症対応型共同生活介護事業所		36	/定員	-	-	18	/定員
	28 介護老人ホーム、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（定員30人以上）		37	/定員	-	-	19	/定員
29 介護老人ホーム、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（定員29人以下）		35	/定員	-	-	18	/定員	
補助対象期間		利用者又は職員の感染が判明した日から利用者又は職員の感染のおそれなくなった日まで			派遣(受入)開始日から同終了日まで			
対象経費 (ただし、補助対象期間中に発生した経費に限る)		<ul style="list-style-type: none"> ●(1) ①及び②に該当する事業所・施設等の場合 <ul style="list-style-type: none"> ① 職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保 <ul style="list-style-type: none"> 緊急雇用に係る費用、副増賃金・手当(※6)、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(※4 介護施設等に限る) ② 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材確保 <ul style="list-style-type: none"> 緊急雇用に係る費用、副増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ③ 介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用 ④ 感染性廃棄物の処理費用 ⑤ 感染者又は感染者と接触があった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(備品は除く) ⑥ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用 <ul style="list-style-type: none"> 代替場所確保使用料、ヘルパー同行指導謝金、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自転車等のリース費用、通所できない利用者の安否確認用のタブレットのリース費用(通信費用は除く) ●(1) ③に該当する施設等の場合 <ul style="list-style-type: none"> 一定の要件に該当する自費検査費用(※4 介護施設等に限る) ●(1) ④に該当する高齢者施設等の場合 <ul style="list-style-type: none"> 上記補助単価の範囲内(ただし令和5年4月1日以降は補助単価の範囲外とする)で、感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(※5 高齢者施設等に限る) 			<ul style="list-style-type: none"> ① 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保 <ul style="list-style-type: none"> 緊急雇用にかかる費用、副増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ② 通所系サービスの代替サービス提供のための費用 <ul style="list-style-type: none"> 代替場所の確保(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) ※①、②については、代替サービス提供期間の分に限る			

※1 事業所・施設等について、助成の申請時点で指定等を受けているものであり、休業中のものを含む。
 ※2 各介護予防サービスを含むが、介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別(上記1~28)により補助する。
 ※3 介護予防・日常生活支援総合事業(指定サービス・介護予防ケアマネジメント)を実施する事業所は、通所型は通所介護事業所(通常規模型)と、訪問型は訪問介護事業所と、介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所と同じとするが、介護サービスと総合事業の両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別(上記1~28)により補助する。
 ※4 通所介護及び通所リハビリテーションの事業所規模は、介護報酬上の規模区分であり、補助申請時点での規模とする。
 ※5 「通所系サービスの代替サービス提供を行った事業所」は、「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について(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に基づきサービス提供している事業所を指す。
 ※6 「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3日以上の場合を指す。
 ※7 「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱いは、「令和5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の実施について」(令和5年3月28日厚生労働省老健局長通知)別添1の定めに基づく。
 ※8 「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱いは、「令和5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の実施について」(令和5年3月28日厚生労働省老健局長通知)別添2の定めに基づく。
 ※9 令和5年10月1日以降に支給された「副増賃金・手当」のうち、新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当については、職員一人につき、日額による支給の場合には1日あたり4千円を補助上限とし、1月あたり2万円を限度額とする。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を補助上限の限度額とする。

補助金交付申請書兼請求書

第 号

明治33年1月0日

神戸市長 様

住 所	0
団 体 名	0
代表者職氏名	0
電 話	0

介護事業者等サービス継続支援事業を下記のとおり実施したい
 ので、補助金 0 円を交付願いたく補助金交付要綱第6条の規定に基づき、
 書類を添えて申請します。

記

1 事業の内容及び経費区分(別記)

2 事業の着手年月日

事業の完了年月日 明治33年1月0日

3 振込先口座

(振込先口座)

金融機関名	銀行 支店	預金種目	1 普通
			2 当座
			3 その他()
口座番号	口座名義		

介護報酬及び他の国庫補助金等で措置されているものは対象としていない。

本件申請内容について、法人として確認済みである。

※確認後、上記口を■にしてください。

収支予算書

1 収入の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
サービス継続支援事業補助金収入	0円	
法人負担	0円	
計	0円	

2 支出の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
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場合の費用	0円	
感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合の費用	0円	
計	0円	

(注)収支の計は、それぞれ一致する。

(別紙3-1)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書 (その1) (※対象施設・事業所別に作成)

〔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場合(居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所の場合を含む)〕

施設・事業所等 名称	0	サービス種別	
---------------	---	--------	--

〔対象経費支出額内訳〕

対象経費区分	所要額(円)	対象経費支出額の内訳(円)
①職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保のための費用 ②通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材確保のための費用 ※②は、ア～エのみ該当	ア 緊急雇用にかかる費用	
	イ 割増賃金・手当	
	ウ 職業紹介料	
	エ 損害賠償保険の加入費用	
	オ 帰宅困難職員の宿泊費	
	カ 連携に係る旅費	
	キ 要件該当の自費検査費用	
③消毒、清掃費用		
④感染性廃棄物の処理費用		
⑤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購入費用(備品は除く)		
⑥感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用		
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用分	0	(別紙3-2のとおり)
緊急事態宣言又はまん延防止等重点措置適用期間中の追加補助対象分	0	(別紙3-3のとおり)
対象経費支出額の計	0	

※「通所系サービスの代替サービス提供のための費用」を計上する場合は、「⑥通所系サービスの代替サービス提供のための費用」と修正してください。

以下事務局使用欄	
補助基準額	0
実支出(①～⑥)計	0
施設内療養費(通常分)	0
施設内療養費(追加分)	0
補助所要額	事務局使用(プルダウン)

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 所要額一覧

施設・事業所等名称	0	サービス種別	0	定員	0
-----------	---	--------	---	----	---

(単位:円)

							施設内療養者別の補助単価の合計額		0
No.	氏名	性別	年齢	感染発症日	医師の診断に基づく療養満了日 (入院日・施設内での死亡日)		施設内 の療養 日数	施設内療養者の医学的管理について、 個々の対応状況を簡潔に記載してくださ い。 ※R4.10月以降の発症にかかる療養日数は発症 日から10日間を原則とするため、10日より療養日 数が多い場合は、症状の詳細も記載してください。	施設内療養者 別補助単価
					日付	状況			
例	兵庫 太郎	男	80	令和4年10月20日	令和4年10月29日	回復(R4.10月以降に発 症)	10	〇〇診療所医師が朝夕に診察し、薬剤を投 与するなどの処置を〇日間行った。	100,000
1							1		FALSE
2							1		FALSE
3							1		FALSE
4							1		FALSE
5							1		FALSE
6							1		FALSE
7							1		FALSE
8							1		FALSE
9							1		FALSE
10							1		FALSE
11							1		FALSE
12							1		FALSE
13							1		FALSE
14							1		FALSE
15							1		FALSE
16							1		FALSE
17							1		FALSE
18							1		FALSE
19							1		FALSE
20							1		FALSE
21							1		FALSE
22							1		FALSE
23							1		FALSE
24							1		FALSE
25							1		FALSE
26							1		FALSE
27							1		FALSE
28							1		FALSE
29							1		FALSE
30							1		FALSE

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(追加補助対象分) 所要額一覧

サービス種別	0	定員	0
		最低療養者数	2

緊急事態宣言又はまん延防止等重点措置の適用期間	適用開始日	令和4年1月27日	適用解除日	令和5年3月31日
施設内療養に係る追加補助対象期間	対象期間開始日	明治33年1月0日	対象期間終了日	明治33年1月0日

施設内療養に係る追加補助対象補助額

No.	追加補助対象期間の日付	実療養者数	補助対象療養者数	日別補助額(円)
1	明治33年1月0日	0		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				定員30人以上上限額
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
計			0	0

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

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

例) 保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

--

2 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(区域をわける)を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や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保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<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

法人名: 0

代表者職氏名: 0

(別紙2)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書 (その2)

〔感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合の費用〕

1. 補助金所要額一覧

(単位:円)

事業所・施設等名称	事業所・施設等の種別	助成区分	総事業費 A 円	寄付金その他の収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費支出額合計 D(=A)円	補助基準額			補助基本額 H 円	補助所要額 I 円
							補助単価 E 円	事業所・定員数 F 事業所・人	補助基準額 G=E × F 円		
0	0		0		0	0	0		0	0	0
0	0		0		0	0	0		0	0	0
0	0		0		0	0	0		0	0	0
					0		0		0	0	0
					0		0		0	0	0
合計			0	0	0	0			0	0	0

【注】(1)シート「職員派遣の内訳1(別紙3-1)」から作成すること。また、対象施設・事業所別に作成すること〔複数作成が必要な場合は、「職員派遣の内訳1(別紙3-1)」をコピーの上、シートの名前を「職員派遣の内訳2」又は「職員派遣の内訳3」と変更してシートを増やすと本様式に自動的に反映〕

(2) A 欄及びD 欄は、対象事業所・施設等別に作成した別紙3-1の内訳書の合計額を転記すること。

(3) F 欄は、通所系、訪問系、多機能型の場合は事業所数として「1」を、入所施設・居住系、短期入所系の場合は「定員数」を記入すること。

(4) H 欄は、C 欄、D 欄、G 欄の額うち最も少ない額とする。

(5) I 欄は、H 欄の金額を千円未満切り捨てた額とする。

(6) 「助成対象の区分」の欄は、利用者の受け入れや応援職員を派遣した事業所・施設等が、以下のいずれの区分に該当するか選択して、数字を入力すること。(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)

① 別紙2 (その1) の①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等

② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所の連携先の介護サービス事業所

2. 応援職員の派遣期間

区分	職員派遣開始日	職員派遣終了日	派遣延日数	派遣実人数
記入欄				

3. 派遣職員の状況

区分	派遣職員 その1		派遣職員 その2		派遣職員 その3	
	職種	職員氏名	職種	職員氏名	職種	職員氏名
記入欄						

(別紙3)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書 (その2)

〔感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合〕

事業所・施設等名称		サービス種別	
-----------	--	--------	--

派遣先:

〔対象経費支出額内訳〕

対象経費区分	所要額(円)	対象経費支出額の内訳(円)
①感染が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保のための費用		
②感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣のための経費	ア 緊急雇用にかかる費用	
	イ 割増賃金・手当	
	ウ 職業紹介料	
	エ 損害賠償保険の加入費用	
	オ 職員派遣に係る旅費・宿泊費	
合計	0	

補助金交付申請書兼請求書

第 号
明治33年1月0日

神戸市長 様

住 所 0
団 体 名 0
代表者職氏名 0
電 話 0

介護事業者等サービス継続支援事業を下記のとおり実施したい
ので、補助金 0 円を交付願いたく補助金交付要綱第6条の規定に基づき、
書類を添えて申請します。

記

1 事業の内容及び経費区分(別記)

2 事業の着手年月日

事業の完了年月日 明治33年1月0日

3 添付書類

(振込先口座)

金融機関名	銀行 支店	預金種目	1 普通
			2 当座
口座番号		口座名義	3 その他()

介護報酬及び他の国庫補助金等で措置されているものは対象としていない。

本件申請内容について、法人として確認済みである。

※確認後、上記口を■にしてください。

収支予算書

1 収入の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
サービス継続支援事業補助金収入	0円	
法人負担	0円	
計	0円	

2 支出の部

(単位:円)

科目	予算額	摘要
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場合の費用	0円	
感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合の費用	0円	
計	0円	

(注)収支の計は、それぞれ一致する。

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書 (その1)

(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場合の費用(居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所の場合を含む))

1. 補助金所要額一覧

(単位:円)

事業所・施設等名称	事業所・施設等の種別	助成対象区分	実費+施設内療養(通常分) A 円	寄付金その他の収入額 B 円	差引額 C(=A-B)円	対象経費支出額合計 D(=A)円	補助基準額			補助基本額 H 円	施設内療養費(追加分) J 円	補助所要額 I=H+J円
							補助単価 E 円	事業所・定員数 F 事業所・人	補助基準額 G=E×F円			
0	0		0		0	0	0		0	0	0	0
合計			0	0	0	0			0	0	0	0

【注】(1)シート「内訳1(別紙3-1)」から作成すること。また、対象施設・事業所別に作成すること【複数作成が必要な場合は、「内訳1(別紙3-1)」をコピーの上、シートの名前を「内訳2」又は「内訳3」と変更してシートを増やすと本様式に自動的に反映】。

(2) A欄及びD欄は、対象事業所・施設別に作成した別紙3-1の内訳書の合計額を転記すること。

(3) F欄は、通所系、訪問系、多機能型の場合は事業所数として「1」を、入所施設・居住系、短期入所系の場合は「定員数」を記入すること。

(4) H欄は、C欄、D欄、G欄の額うち最も少ない額とする。

(5) I欄は、H+Jの金額を千円未満切り捨てた額とする。

(6) 「助成対象区分」の欄は、以下の該当する区分を選択して、数字を入力すること。(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)

- 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)
- ② 感染等の疑いがある者 (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
- ③ 保健所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
- 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)
- ⑤ 施設内療養を行った高齢者施設等
- ⑥ 上記①、③以外の通所系サービス事業所の職員により、個別サービス計画の内容を踏まえ、利用者宅でできる限りのサービスを提供した事業所 (ただし、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)

2. 補助対象期間

区分	感染発生日	補助事業着手日	感染収束日	補助事業完了日
年月日記入欄				

(注)「感染症発生日」とは、感染が判明した日とし、「補助事業着手日」と一致させること。

3. 感染者等の発生状況

区分	感染者数		濃厚接触者数		入所施設・居住系の場合の施設内での療養者数	通所系・多機能型の場合の当該職員による訪問利用者数	訪問系の場合		
	利用者	職員	利用者	職員			感染した在宅高齢者への訪問人数	感染した在宅高齢者への訪問人数	代替サービスとして訪問した件数
人数									

R5.5.8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。)」

(別紙3-1)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書(その1) (※対象施設・事業所別に作成)

【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場合(居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所の場合を含む)】

施設・事業所等 名称	0	サービス種別
---------------	---	--------

(対象経費支出額内訳)

対象経費区分	所要額(円)	対象経費支出額の内訳(円)
①職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保のための費用 ②通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材確保のための費用 ※②は、ア～エのみ該当	ア 緊急雇用にかかる費用	
	イ 割増賃金・手当	
	ウ 職業紹介料	
	エ 損害賠償保険の加入費用	
	オ 帰宅困難職員の宿泊費	
	カ 連携に係る旅費	
	キ 要件該当の自費検査費用	
③消毒、清掃費用		
④感染性廃棄物の処理費用		
⑤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購入費用(備品は除く)		
⑥感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用		
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用分	0	(別紙3-2のとおり)
対象経費支出額の計	0	

※「通所系サービスの代替サービス提供のための費用」を計上する場合は、「⑥通所系サービスの代替サービス提供のための費用」と修正してください。

確認項目

特別手当について、給与規定に定められている。

※令和5年5月8日以降の特別手当について申請される場合は、給与規定に定められている必要があります。

★追加補助

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用分 (追加補助対象分)	0	(別紙3-3のとおり)
---------------------------------------	---	-------------

以下事務局使用欄

補助基準額 0

実支出(①～⑥)計 0

施設内療養費(通常分) 0

施設内療養費(追加分) 0

補助所要額

事務局使用(プルダウン)

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 所要額一覧

施設・事業所等名称	0	サービス種別	0	定員	0
-----------	---	--------	---	----	---

購性及び療養日数の診断をした医療機関名・医師名
※令和5年5月8日以降の施設内療養費について申請される場合は、医師の診断に基づく療養が必要です。
(単位:円)

No.	氏名	性別	年齢	感染発症日	療養満了日 (又は、入院日・施設内での死亡日)		施設内の療養日数	施設内療養者の医学的管理について、個々の対応状況を簡潔に記載してください。 ※陽性判明の日から10日までは、実際に療養した日までが対象となります。 11日目以降を算定できるのは、症状軽快から72時間経過していない場合であって、医師等から療養が必要であると判断され、療養を行った日までとします。(最大15日間) 11日より療養日数が多い場合は、症状の詳細を記載してください。	施設内療養者別補助単価
					日付	状況			
								施設内療養者別の補助単価の合計額	0
例	兵庫 太郎	男	80	令和5年10月20日	令和5年10月24日	回復	5	○診療所医師が朝夕に診察し、薬剤を投与するなどの処置を○日間行った。	50,000
1							1		0
2							1		0
3							1		0
4							1		0
5							1		0
6							1		0
7							1		0
8							1		0
9							1		0
10							1		0
11							1		0
12							1		0
13							1		0
14							1		0
15							1		0
16							1		0
17							1		0
18							1		0
19							1		0
20							1		0
21							1		0
22							1		0
23							1		0
24							1		0
25							1		0
26							1		0
27							1		0
28							1		0
29							1		0
30							1		0

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(追加補助対象分) 所要額一覧

サービス種別	0	定員	0
		最低療養者数	2

追加補助の適用期間	適用開始日	令和4年1月27日	適用解除日	令和6年3月31日
施設内療養に係る追加補助対象期間	対象期間開始日	明治33年1月0日	対象期間終了日	明治33年1月0日

施設内療養に係る追加補助対象補助額

No.	追加補助対象期間の日付	実療養者数	補助対象療養者数	日別補助額(円)	
1	明治33年1月0日	0			
2					
3					定員30人以上上限額
4					5,000,000
5					定員29人以下上限額
6					2,000,000
7					追加補助上限額
8					2,000,000
9					
10					
11					【令和5年度発生分】
12					既に補助済みの
13					追加補助所要額
14					
15					追加補助所要額
16					0
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
計			0		0

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 所要額一覧

施設・事業所等名称	0	サービス種別	0	定員	0
-----------	---	--------	---	----	---

陽性及び療養日数の診断をした医療機関名・医師名		※令和5年5月8日以降の施設内療養費について申請される場合は、医師の診断に基づく療養が必要です。		(単位:円)
医療機関名	医師名	施設内療養者別の補助単価の合計額		0

No.	氏名	性別	年齢	感染発症日	療養満了日 (又は、入院日・施設内での死亡日)		施設内の療養日数	施設内療養者の医学的管理について、個々の対応状況を簡潔に記載してください。 ※陽性判明の日から10日までは、実際に療養した日までが対象となります。11日目以降を算定できるのは、症状軽快から72時間経過していない場合であって、医師等から療養が必要であると判断され、療養を行った日までとします。(最大15日間)11日より療養日数が多い場合は、症状の詳細を記載してください。	施設内療養者別補助単価
					日付	状況			
例	兵庫 太郎	男	80	令和5年10月20日	令和5年10月24日	回復	5	〇〇診療所医師が朝夕に診察し、薬剤を投与するなどの処置を〇日間行った。	25,000
1							1		0
2							1		0
3							1		0
4							1		0
5							1		0
6							1		0
7							1		0
8							1		0
9							1		0
10							1		0
11							1		0
12							1		0
13							1		0
14							1		0
15							1		0
16							1		0
17							1		0
18							1		0
19							1		0
20							1		0
21							1		0
22							1		0
23							1		0
24							1		0
25							1		0
26							1		0
27							1		0
28							1		0
29							1		0
30							1		0

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(追加補助対象分) 所要額一覧

サービス種別	0	定員	0
		最低療養者数	4

追加補助の適用期間	適用開始日	令和4年1月27日	適用解除日	令和6年3月31日
施設内療養に係る追加補助対象期間	対象期間開始日	明治33年1月0日	対象期間終了日	明治33年1月0日

施設内療養に係る追加補助対象補助額

No.	追加補助対象期間の日付	実療養者数	補助対象療養者数	日別補助額(円)	
1	明治33年1月0日	0			
2					
3					定員30人以上上限額
4					5,000,000
5					定員29人以下上限額
6					2,000,000
7					追加補助上限額
8					2,000,000
9					
10					
11					【令和5年度発生分】
12					既に補助済みの
13					追加補助所要額
14					
15					追加補助所要額
16					0
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
計			0		0

【別紙3-4】 ※令和5年5月7日以前

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

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

例) 保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2 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(区域をわける)を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や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保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<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

法人名: 0

代表者職氏名: 0

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

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

法人名: 0

代表者職氏名: 0

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2

黄色セル→入力必須

施設種別		
①-1	<p>施設の入所者に新型コロナの感染者(疑い含む)が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保済みですか。(自施設の医師が対応を行う場合も含まれます。)</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設からの電話等による相談への対応 施設への往診(オンライン診療含む) 入院の要否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む) <p>※上記3項目全て必須です。 ※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記の対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。 ※自ら確保しようとしたものの、確保することが困難な場合には、貴施設所在の自治体にご相談した上で、医療機関を確保することを検討してください。 ※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。 ※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。</p>	
①-2	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。 (自施設の医師が対応を行う場合は、自施設の名前を記入してください。また、協力医療機関・配置医師が所属する医療機関等以外の医療機関でも可能です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、主な医療機関をひとつ記入してください。</p>	
①-3	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関に対し、上記の対応を行うことについて、事前の相談を行った年月を右欄に記入してください。 (自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、①-2に記入した医療機関と事前の相談を行った年月を記入してください。 ※新型コロナウイルス感染症が生じた当初から事前の相談を行っていた場合等で、明確な相談時期を記載できない場合は、「2020年1月」と記入してください。</p>	
②-1	<p>全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。)</p> <p>※当該研修の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)。</p>	
②-2	<p>【②-1が○の場合のみ回答】 直近での研修の実施年月日を右欄に記入してください。(本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
②-3	<p>感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施していますか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含まれます。)</p> <p>※当該訓練の実施については、令和3年介護報酬改定により、令和3年4月から運営基準上の努力義務となっています(令和6年度から完全義務化)。</p>	
②-4	<p>【②-3が○の場合のみ回答】 直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。 (本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
③-1	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(1回目)の施設単位での接種は実施済みですか。 ※住民接種により対応した場合には、入所者への接種動向及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-2	<p>【③-1が○の場合のみ回答】 直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を記載してください。</p>	
③-3	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン(2回目)の施設単位での接種を実施する予定がありますか。 ※住民接種により対応する場合においては、入所者への接種動向及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-4	<p>【③-3が○の場合のみ回答】 接種を実施する予定年月日を記載してください。(予定日が確定していない場合は、概ねの時期を記載)</p>	

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。
 ※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となる場合があります。

施設名	0	事務局確認欄
代表者職氏名	0	
記入日	明治33年1月0日	

(別紙2)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額調書 (その2)

〔感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合の費用〕

1. 補助金所要額一覧

(単位:円)

事業所・施設等名称	事業所・施設等の種別	助成対象区分	総事業費 A 円	寄付金その他の収入額 B 円	差引額 C(=A-B) 円	対象経費支出額合計 D(=A) 円	補助基準額			補助基本額 H 円	補助所要額 I 円
							補助単価 E 円	事業所・定員数 F 事業所・人	補助基準額 G=E × F 円		
0	0		0		0	0	0		0	0	0
0	0		0		0	0	0		0	0	0
0	0		0		0	0	0		0	0	0
					0		0		0	0	0
					0		0		0	0	0
合 計			0	0	0	0			0	0	0

【注】(1)シート「職員派遣の内訳1(別紙3-1)」から作成すること。また、対象施設・事業所別に作成すること【複数作成が必要な場合は、「職員派遣の内訳1(別紙3-1)」をコピーの上、シートの名前を「職員派遣の内訳2」又は「職員派遣の内訳3」と変更してシートを増やすと本様式に自動的に反映】

(2) A欄及びD欄は、対象事業所・施設等別に作成した別紙3-1の内訳書の合計額を転記すること。

(3) F欄は、通所系、訪問系、多機能型の場合は事業所数として「1」を、入所施設・居住系、短期入所系の場合は「定員数」を記入すること。

(4) H欄は、C欄、D欄、G欄の額うち最も少ない額とする。

(5) I欄は、H欄の金額を千円未満切り捨てた額とする。

(6) 「助成対象の区分」の欄は、利用者の受け入れや応援職員を派遣した事業所・施設等が、以下のいずれの区分に該当するか選択して、数字を入力すること。(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)

① 別紙2(その1)の①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等

② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所の連携先の介護サービス事業所

2. 応援職員の派遣期間

区分	職員派遣開始日	職員派遣終了日	派遣延日数	派遣実人数
記入欄				

3. 派遣職員の状況

区分	派遣職員 その1		派遣職員 その2		派遣職員 その3	
	職種	職員氏名	職種	職員氏名	職種	職員氏名
記入欄						

(別紙3)

介護事業者等サービス継続支援事業補助金所要額内訳書 (その2)

〔感染者が発生した介護サービス事業所・施設等に応援職員の派遣を行った場合〕

事業所・施設等名称		サービス種別	
-----------	--	--------	--

派遣先:

〔対象経費支出額内訳〕

対象経費区分	所要額(円)	対象経費支出額の内訳(円)
①感染が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保のための費用		
②感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣のための経費	ア 緊急雇用にかかる費用	
	イ 割増賃金・手当	
	ウ 職業紹介料	
	エ 損害賠償保険の加入費用	
	オ 職員派遣に係る旅費・宿泊費	
合計	0	

補助金交付決定通知書

第 号
年 月 日

(補助事業者等名) 様

神戸市長

年 月 日付 第 号で申請のあった下記事業については、次のとおり
交付することに決定したので通知します。

記

補助事業等の名称	
補助金の交付対象事業 及びその内容等	上記補助事業等交付申請書に記載のとおり
補助金の額	円
交付の条件	<p>(1) 事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、市長の承認を受けないで、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し、又は廃棄してはならない。</p> <p>(2) 市長の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を神戸市に納付させることがある。</p> <p>(3) 事業により取得し、又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。</p> <p>(4) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除税額が0円の場合を含む。）には、別に定める様式により、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに速やかに神戸市長に報告しなければならない。なお、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を神戸市に返還しなければならない。</p> <p>(5) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について領収証書等の証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止に係る承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかななければならない。</p>

補助金不交付決定通知書

第 号
年 月 日

(補助事業者等名) 様

神戸市長

年 月 日付 第 号で申請のあった事業については、下記の理由により不交付とすることに決定したので通知します。

記

1 不交付とした理由

補助金交付決定取消通知書

第 号
年 月 日

（補助事業者等名） 様

神戸市長

年 月 日付 第 号で交付決定した下記事業については、次のとおり
交付決定を取消したので通知します。

記

補助事業等の名称	
補助金の額	円
取消しの理由	

受領委任状

年 月 日

神戸市長宛

(委任者)
所在地
法人名
代表者の職
代表者の氏名

印

私は、下記1受任者を代理人と定め、下記2の補助金に係る下記3の金額の受領を委任します。

記

1. 受任者

住 所		印
団 体 名		
代 表 者 名		

2. 補助事業等の名称

3. 受領委任する金額

金 _____ 円

4. 振込先口座

金融機関名	銀行	支店	
預金種目	1. 普通	2. 当座	その他 ()
口座番号			
口座名義			