

大阪府知事 殿

社会福祉法人 ○○会  
代表取締役 代表 一郎

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に係る交付申請書

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額 : 4723 千円

（内訳）

- |                                |         |
|--------------------------------|---------|
| 1. 介護慰労金事業                     | 2158 千円 |
| 2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業   | 2320 千円 |
| 3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業 | 45 千円   |
| 4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業     | 200 千円  |

（添付書類）

- 1 事業所・施設別申請額一覧（様式1及び別添）
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（様式2）
- 3 介護慰労金受給職員表（法人単位）（様式3）

【申請内容に関する連絡先】

部署名	業務部
担当者氏名	担当 大介
連絡先	電話番号 06-6666-6666
	e-mail <a href="mailto:tantou@mail.jp">tantou@mail.jp</a>



(別添) 事業所・施設別申請額一覧(サービス別一覧)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる 事業所・施設名	補助予定額(千円)					
								介護 慰労金	20万円 対象者の 有無	感染対策 費用助成 事業	個別再開 支援助成 事業	再開環境 整備助成 事業	合計
1	123456789	ABCデイサービス	通所介護事業所(通常規	06-1234-5678	540-8570	大阪府大阪市中央区大手前2丁目	社会福祉法人 ○○会	402		420	45	200	1067
2	012345678	特別養護老人ホーム XYZホーム	介護老人福祉施設	06-1234-1234	559-8555	大阪府大阪市住之江区南港北1-14-16	社会福祉法人 ○○会	1,756	有	1,900			3656
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

(注) 行が不足する場合には、「本申請書の使い方」に従って、行を追加すること。列の挿入は絶対に行わないこと。

(様式1-2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援

介護保険事業所番号を持たない事業所・施設につきましては、「999999999」(9を10桁)と記入してください。

介護保険事業所番号	123456789		事業所名称	ABCデイサービス		
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名
	540-8570	大阪府	大阪市中央区大手前2丁目		06-1234-5678	業務部
提供サービス	種別	介護事業所(通常規模型)	サービス種類コード	15	定員	人
						職員数(派遣含む) 10人
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/>	介護慰労金事業 → 1を記載	<input checked="" type="checkbox"/>	感染対策費用助成事業 → 2を記載	<input checked="" type="checkbox"/>	個別再開支援助成事業 → 3を記載
						再開環境整備助成事業 → 4を記載

サービス種類コードを持たない事業所・施設につきましては、「99」(9を2桁)を記入して 訪問系サービスは記入不要です。

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	<input type="radio"/>	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)
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	<input type="radio"/>	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。

支出予定額

1. 介護慰労金事業	※対象職員の名等について、様式3を作成すること。		申請額①	402 千円
慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	8人
			振込手数料	2千円(千円未満切り捨て)

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業	補助上限額	申請額	今回申請分②	420 千円
	892 千円		年度合計額	420 千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬	50,000	
謝金	100,000	
会議費		
旅費		
需用費	100,000	
役務費	70,000	
委託料	50,000	
使用料及び賃借料		
備品購入費	50,000	
合計	420,000	

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業	申請額③	45.0 千円
--------------------------------	------	---------

利用者1人あたり単価 (居宅介護支援以外共通)	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	10 人
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	10 人
居宅介護支援のみ 右欄に記載	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人
	電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500 円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人
	訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000 円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業	補助上限額	申請額	今回申請分④	200 千円
	200 千円		年度合計額	200 千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費	100,000	
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費	100,000	
合計	200,000	

(注)2. 及び4. の事業の申請額(今回申請分)は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

(様式1-2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援

介護保険事業所番号を持たない事業所・施設につきましては、「9999999999」(9を10桁)と記入してください。

介護保険事業所番号	012345678	事業所名称	特別養護老人ホーム XYZホーム					
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名		
	559-8555	大阪府	大阪市住之江区南港北1-14-16		06-1234-1234	業務部		
提供サービス	介護老人福祉施設		サービス種類コード	51	定員	50人	職員数 (派遣含む)	25人
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 介護慰労金事業 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載			<input checked="" type="checkbox"/> 感染対策費用助成事業 → 2を記載 <input type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載				

サービス種類コードを持たない事業所・施設につきましては、「99」(9を2桁)を記入してください。

国保連	<input type="radio"/>	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)
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	<input type="radio"/>	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。

支出予定額

1. 介護慰労金事業	※対象職員の名等について、様式3を作成すること。		申請額①	1,756 千円		
慰労金の区分・人数	20万円対象	5人	5万円対象	15人	振込手数料	6千円(千円未満切り捨て)

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業	補助上限額	申請額	今回申請分②	1,900 千円
	1,900 千円		年度合計額	1,900 千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬	1,000,000	
謝金	100,000	
会議費	100,000	
旅費	50,000	
需用費	200,000	
役務費	30,000	
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費	1,500,000	
合計	2,980,000	

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業

利用者1人あたり単価 (居宅介護支援以外共通)	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人
居宅介護支援のみ 右欄に記載	電話による確認	1,500 円	対象利用者数	人
	電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500 円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000 円	対象利用者数	人
	訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000 円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額	今回申請分④	千円
- 千円		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

(注) 2. 及び4. の事業の申請額(今回申請分)は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

(様式3)介護慰労金受給職員表(法人単位)

※ 本表は法人単位でまとめて記載すること。

氏名 (漢字)	氏名 (全角カナ)	生年月日 (西暦)	本人の住所	主たる勤務先			分類			慰労金 (万円)	確認事項				支払実績	
				事業所番号	サービス 種類 コード	事業所・施設の名称	施設区分	対応区分	他の施設等と の期間通算が ある場合その施 設名		委任状の 有無	他法人で の慰労金 の申請の 有無	業務委 託による 従事者	重複 申請 者確 認用	支払年月日 (西暦)	支払金額 (円)
1 介護太郎	カイゴタロウ	1970.1.1	大阪市中央区〇〇1丁目	123456789	15	ABCデイサービス	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可			
2 介護花子	カイゴハナコ	1975.2.2	大阪市北区■2丁目	123456789	15	ABCデイサービス	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし	該当	可			
3 ...	...	...	...										可			
4 ...	...	...	...										可			
5 ...	...	...	...										可			
6 ...	...	...	...										可			
7 ...	...	...	...										可			
8 ...	...	...	...										可			
9 福祉次郎	フクシジロウ	1980.3.3	堺市堺区△△3丁目	012345678	51	特別養護老人ホーム XYZホーム	陽性者(濃厚接触者)発生施設	通所系・施設系で1日以上勤務又は訪問系で陽性等に1日以上対応	20	あり	なし		可			
10 高齢三郎	コウレイサブロウ	1985.4.4	東大阪市★4丁目	012345678	51	特別養護老人ホーム XYZホーム	陽性者(濃厚接触者)発生施設	通所系・施設系で1日以上勤務又は訪問系で陽性等に1日以上対応	20	あり	なし		可			
11 ...	...	...	...													
12 ...	...	...	...													
13 ...	...	...	...													
14 ...	...	...	...													
15 ...	...	...	...													
16 ...	...	...	...													
17 ...	...	...	...													
18 ...	...	...	...													
19 ...	...	...	...													
20 ...	...	...	...													
21 ...	...	...	...													
22 ...	...	...	...													
23 ...	...	...	...													
24 ...	...	...	...													
25 ...	...	...	...													
26 ...	...	...	...													
27 ...	...	...	...													
28 ...	...	...	...													
29 ...	...	...	...													
30 ...	...	...	...													
31 ...	...	...	...													
32 ...	...	...	...													
33 ...	...	...	...													
34 ...	...	...	...													
35 ...	...	...	...													
36 ...	...	...	...													
37 ...	...	...	...													
38 ...	...	...	...													
39 ...	...	...	...													
40 ...	...	...	...													

他施設等との期間通算がない場合は記入不要