

介護サービス事業所・施設等のサービス提供体制確保事業（個別協議書）【府交付要綱 別記ア（ア）分】

水色のセル に必要事項を記載してください。

オレンジ色のセル はプルダウンより選択してください。

個別協議1回目の場合

(1) どの年度に生じたか増し費用に対する個別協議か、当てはまる方を○で選択してください。（高年度に該当する場合は様式を分けて記載してください）

令和3年度（令和3年4月1日から令和4年3月31日まで）に生じた費用分	<input type="radio"/>
令和4年度（令和4年4月1日から令和5年3月31日まで）に生じた費用分	<input type="radio"/>

申請先の都道府県市名	大阪府
法人名	社会福祉法人 ○○会

(2) 今回の個別協議が同一年度内で何回目の個別協議か、当てはまる方を○で選択してください。

同一年度内での個別協議は今回が初めてである。	<input type="radio"/>
同一年度内で過去に個別協議を行ったことがあり、今回は2回目以降の個別協議である。	<input type="radio"/>

※申請が2回目以降の場合、前回申請 までの経費も合わせて記載してください。

(3) 個別協議の対象となる事業所・施設等

基本情報						(D) 今回申請分の内訳 (円)													(F) (今回) 施設内療養								
事業所・施設等の名称	サー・種別	定員	(A) 基準額 (円)	(A') 前回までの 引き上げ後の 基準額	(B) 今回までの 申請額 (A')+(E)+(F) (円)	↓ (5) の内容が費目別に自動転記されます ↓																					
						(C) 今回の協議額 (引き上げ額) (B)-(A) or (A') (円)	緊急雇用	割増賃金・ 手当	職業紹介 料	損害賠償 保険加入	宿泊費 (帰宅困難 職員費)	旅費 (運賃)	自費検査	消毒・清掃	感染性病 菌処理	衛生用品 購入	代替場所 確保（使 用料）	謝金 (同行指 導)	旅費 (代替場 所等)	リース費用 (車、自転 車)	リース費用 (タブレット)						
特別養護老人ホーム ○○	介護老人福祉施設	100	3,800,000	0	6,660,000	2,860,000	0	400,000	0	0	0	0	0	0	2,010,000	0	250,000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,000,000
														今回所要額（かかり増し経費）計		2,660,000											
														今回申請可能額（かかり増し経費）		3,800,000											
														(E) 今回申請額（かかり増し経費）		2,660,000											

(4) 今回の個別協議に係る事業所・施設等の感染等の状況

		人数	備考
感染者数 (実人数)	職員	5	最初の感染者発生日：令和4年7月22日
	利用者	21	最初の感染者発生日：令和4年7月24日
濃厚接触者数 (実人数)	職員	10	最初の濃厚接触者発生日：令和4年7月24日
	利用者	15	最初の濃厚接触者発生日：令和4年7月24日

※備考欄には、今回の個別協議に係る最初の感染者・濃厚接触者が発生した日を記載してください。  
※感染者については、PCR検査のほか抗原検査により陽性となった方をいいます。

(5) 各対象経費の概要、精算内訳（上記 (D) 内訳のうち該当のある費目ごとに記載してください。）

① 対象経費の費目 プルダウンより選択してください。	② 左記対象経費の概要（「記載例」シートを参考にして記入してください。）	③ 所要額 (円)	④ 左記所要額の精算内訳（「記載例」シートを参考にして記入してください。）
1 割増賃金・手当	感染者の発生に対応により追加的業務の生じた職員に対して、かかり増し分の超過勤務手当を支給した。	400,000	超過勤務手当：400,000円 令和4年7月24日から令和4年7月30日まで 1時間あたり2,000円×延べ200時間（10名分）
2 消毒・清掃	施設内で感染者が発生したため、施設内の消毒を委託業者に依頼した。	2,010,000	670,000円×3回=2,010,000円
3 衛生用品購入	感染者が発生し、マスク、アルコール、PVCグローブの在庫の不足が見込まれることから、これらを購入した。	250,000	品目①マスク：30,000円（100箱分）、品目②消毒用アルコール：120,000円（90リットル分）、品目③PVCグローブ：100,000円（100袋分）
4 施設内療養（ア+イ）	補助要件を満たした上で施設内で感染者21名の療養を行った。	4,000,000	ア 施設内療養費：1万円×延べ220日間（施設内療養者21名分） イ 施設内療養費【追加補助：国制度】：1万円×延べ180日間（施設内療養者18名分）
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

個別協議が初回でも、過去に大阪府に申請があった場合は、年度内に申請したすべての経費を記載してください。

(6) 事業所・施設等チェック項目 ※チェック漏れのないようご注意ください

	チェック
1 施設内療養費が発生していることを確認した。（本個別協議は施設内療養費が発生している場合のものに限ります。）	<input checked="" type="checkbox"/>
2 記載内容に誤りがないことを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>
3 (3) の (E) と (F) の金額が、領票の金額とそれぞれ一致していることを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>
4 対象外の経費が含まれていないことを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>

介護サービス事業所・施設等のサービス提供体制確保事業（個別協議書）【府交付要綱 別記 ア（ア）分】

水色のセル に必要事項を記載してください。

オレンジ色のセル はブルダウンより選択してください。

個別協議2回目以降の場合

(1) どの年度に生じたか増し費用に対する個別協議か、当てはまる方を○で選択してください。（両年度に該当がある場合は様式を分けて記載してください）

令和3年度（令和3年4月1日から令和4年3月31日まで）に生じた費用分	
令和4年度（令和4年4月1日から令和5年3月31日まで）に生じた費用分	○

(2) 今回の個別協議が同年度内で何回目の個別協議か、当てはまる方を○で選択してください。

同年度内での個別協議は今回が初めてである。	
同年度内で過去に個別協議の承認を得たことがあり、今回は2回目以降の個別協議である。	○

こちらを記載してください→

同年度内での前回までの申請額（かかり増し経費）	同年度内での前回までの申請額（施設内療養費）
2,660,000	4,000,000

(3) 個別協議の対象となる事業所・施設等

基本情報						(D) 今回申請分の内訳 (円)														(F) (今回) 施設内療養			
事業所・施設等の名称	サービス種別	定員	(A) 基準額 (円)	(A') 前回までの引き上げ後の基準額	(B) 今回までの申請額 (A') + (E) + (F) (円)	(C) 今回の協議額 (引き上げ額) (B) - (A) or (A') (円)	↓ (5) の内容が費目別に自動転記されます ↓																
							緊急雇用	割増賃金・手当	職業紹介料	損害賠償保険加入	宿泊費 (帰宅困難職員)	旅費 (連携)	自費検査	消毒・清掃	感染性廃棄物処理	衛生用品購入	代替場所確保 (使用料)	謝金 (同行指導)	旅費 (代替場所等)	リース費用 (車、自転車)	リース費用 (タブレット)		
特別養護老人ホーム ○○	介護老人福祉施設	100	3,800,000	6,660,000	9,000,000	2,340,000	0	500,000	0	0	0	0	0	670,000	0	0	0	0	0	0	0	0	1,200,000
																			今回所要額 (かかり増し経費) 計		1,170,000		
																			今回申請可能額 (かかり増し経費)		1,140,000		
																			(E) 今回申請額 (かかり増し経費)		1,140,000		

(4) 今回の個別協議に係る事業所・施設等の感染等の状況

		人数	備考
感染者数 (延べ人数)	職員	2人	最初の感染者発生日：令和4年9月10日
	利用者	8人	最初の感染者発生日：令和4年9月10日
濃厚接触者数 (延べ人数)	職員	3人	最初の濃厚接触者発生日：令和4年9月10日
	利用者	4人	最初の濃厚接触者発生日：令和4年9月10日

※ 備考欄には、今回の個別協議に係る最初の感染者・濃厚接触者が発生した日を記載してください。  
 ※ 感染者については、PCR検査のほか抗原検査により陽性となった方をいいます。

(5) 各対象経費の概要、積算内訳 (上記 (D) 内訳のうち該当のある費目ごとに記載してください。)

① 対象経費の費目 ブルダウンより選択してください。	② 左記対象経費の概要 (「記載例」シートを参考にして記入してください。)	③ 所要額 (円)	④ 左記所要額の積算内訳 (「記載例」シートを参考にして記入してください。)
1 割増賃金・手当	感染者の発生に係る対応を行った職員に対して、危険手当を支給した。	500,000	危険手当：1日当たり10,000円×延べ50日間 (10名分) 令和4年9月10日から令和4年9月19日まで
2 消毒・清掃	施設内で感染者が発生したため、施設内の消毒を委託業者に依頼した。	670,000	670,000円×1回=670,000円
3 施設内療養 (ア+イ)	補助要件を満たした上で施設内で感染者8名の療養を行った。	1,200,000	ア 施設内療養費：1万円×延べ70日間 (施設内療養者8名分) イ 施設内療養費【追加補助：国制度】：1万円×延べ50日間 (施設内療養者5名分)
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

(6) 事業所・施設等チェック項目 ※チェック漏れのないようご注意ください

チェック

1 施設内療養費が発生していることを確認した。(本個別協議は施設内療養費が発生している場合のものに限ります。)	<input checked="" type="checkbox"/>
2 記載内容に誤りがないことを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>
3 (3) の (E) と (F) の金額が、個票の金額とそれぞれ一致していることを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>
4 対象外の経費が含まれていないことを確認した。	<input checked="" type="checkbox"/>