

新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所・施設等に対するサービス提供体制確保事業
補助金交付申請書

大阪府知事 様

水色セルのみご記入ください。
それ以外は自動入力ですので、正しい金額が反映されているかご確認ください。

令和 5 年 4 月 25 日

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン オオサカフチョウ				法人情報をご記入ください。	
	名称 (運営法人名)	社会福祉法人 大阪府庁					
	所在地 (運営法人所在地)	(郵便番号 540 - 8570) 大阪市中央区大手前2丁目					
	連絡先	電話番号	06-6941-0351	E-mail	xxxxx@osaka.jp		
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	府庁 太郎		
申請に関する担当者	職名	総務課	氏名	大阪 花子			
申請内容							
サービス種別	助成対象	(ア) 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・施設等を含む)		(イ) 居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所		(ウ) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等の利用者の受け入れや応援職員の派遣を行う事業所・施設等	
		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
居宅系	通所介護事業所(通常規模型)	0 箇所	0 千円	1 箇所	537 千円	1 箇所	200 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	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	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	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	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	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	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	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
	訪問リハビリテーション事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	夜間対応型訪問介護事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	居宅介護支援事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	福祉用具貸与事業所					0 箇所	0 千円
多機能型 入所施設・居住系	居宅療養管理指導事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	小規模多機能型居宅介護事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 千円
	介護老人福祉施設	1 箇所	7,800 千円			0 箇所	0 千円
	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)	0 箇所	0 千円			0 箇所	0 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	7,800 千円	1 箇所	537 千円	1 箇所	200 千円
小計(ア)のうち、かかり増し経費)			3,800 千円	合計(ア)+(イ)+(ウ)			8,537 千円
小計(ア)施設内療養費用(国制度)			4,000 千円	施設内療養費用(府独自)補助額			2,000 千円
合計(ア)かかり増し+施設内療養(国制度)			7,800 千円				
総合計(国制度+府独自)							10,537 千円

事業所が複数ある場合は、個票2～個票10を使用してください。
エクセルシート名の変更、シートの削除は絶対にしないでください。

事業所番号がない施設は
「999999999」(9を10桁)と入力。

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票

こちらの個票には令和5年度の経費のみ記載してください。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	トクハツヨウゴロウジンホーム オオサカフチョウ		介護保険事業所番号	2700000000
	事業所・施設名	特別養護老人ホーム 大阪府庁		定員 (短期、入所、居住系のみ)	100 人
	サービス種別 (フルダウソから選択)	介護老人福祉施設			
	所在地	(〒 000 - ΔΔΔΔ) 大阪府〇〇市☆町1丁目2-3			
	担当者連絡先	TEL 06-0000-0000	E-mail	xxxxxmail@osaka.jp	
	担当者氏名	事務担当 介護 二郎			

事業所・施設の情報を
ご記入ください。

(ア) 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・施設等を含む)

対象区分 (該当するものにチェックを入れて ください。複数可)	<input checked="" type="checkbox"/>	(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
	<input type="checkbox"/>	(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
	<input checked="" type="checkbox"/>	(3) 府、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、短期入所系サービス事業所
	<input checked="" type="checkbox"/>	(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(【別添1】チェックリストを添付してください。)
	<input checked="" type="checkbox"/>	(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(【別紙】チェックリストを添付してください。)

補助対象経費の種別 (フルダウソから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
消毒・清掃	施設内の消毒・清掃に係る清掃業者への委託料	1,000,000
衛生用品購入	マスク×〇〇箱、アルコール消毒液×〇〇ℓ、PVCグローブ×〇〇枚	2,800,000
自費検査	自費検査費用(10人分) ← 自費検査費用は、一人あたり 2万円 が上限です。	200,000
所要額(かかり増し経費)計		4,000,000
補助基準額		3,800,000
申請額		3,800,000

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	ア. 施設内療養費(別紙チェックリストのとおり)	2,000,000
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	イ. 追加補助(国制度)(別紙チェックリストのとおり)	2,000,000
施設内療養費用(ア+イ) 申請額		4,000,000
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	ウ. 追加補助(府独自)(別紙チェックリストのとおり)	2,000,000
施設内療養費用【ウ. 追加補助(府独自)】 申請額		2,000,000

(イ) 居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(ア)の(1)、(3)以外の事業所・施設等

補助対象経費の種別 (フルダウソから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
所要額計		0
補助基準額		0
申請額		0

(ウ) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等の利用者の受け入れや応援職員の派遣を行う事業所・施設等

対象区分 (該当するものにチェックを入れて ください。複数可)	<input type="checkbox"/>	①(ア)の(1)又は(3)に該当する介護サービス事業所・施設等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事業所
	<input type="checkbox"/>	②感染症の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事業所

補助対象経費の種別 (フルダウソから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
所要額計		0
補助基準額		0
申請額		0

事業所が複数ある場合は、個票2～個票10を使用してください。
エクセルシート名の変更、シートの削除は絶対に行わないでください。

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票

こちらの個票には令和5年度の経費のみ記載してください。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	デイサービス オオサカフチョウ		介護保険事業所番号	2700000000
	事業所・施設名	デイサービス 大阪府庁			
	サービス種別 (フルダウンから選択)	通所介護事業所 (通常規模型)		定員 (短期、入所、専任系のみ)	人
	所在地	(〒 000 - △△△△)		入力欄がピンク色になった場合のみ、定員を入力してください。	
	担当者連絡先	TEL 06-0000-0000	E-mail	xxxxx_mail@osaka.jp	
	担当者氏名	事務担当 高野 三郎		事業所・施設の情報をご記入ください。	

(ア) 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・施設等を含む)

対象区分 (該当するものにチェックを入れてください。複数可)	<input type="checkbox"/>	(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
	<input type="checkbox"/>	(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
	<input type="checkbox"/>	(3) 府、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、短期入所系サービス事業所
	<input type="checkbox"/>	(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(【別添1】チェックリストを添付してください。)
	<input type="checkbox"/>	(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(【別紙】チェックリストを添付してください。)

補助対象経費の種別 (フルダウンから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
	所要額(かかり増し経費)計	0
	補助基準額	0
	申請額	0

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	ア. 施設内療養費(別紙チェックリストのとおり)	
感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	イ. 追加補助(国制度)(別紙チェックリストのとおり)	
	施設内療養費用(ア+イ) 申請額	0

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用	ウ. 追加補助(府独自)(別紙チェックリストのとおり)	
	施設内療養費用【ウ. 追加補助(府独自)】 申請額	0

(イ) 居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(ア)の(1)、(3)以外の事業所・施設等

補助対象経費の種別 (フルダウンから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
リース費用(車、自転車)	居宅サービスの提供のための車両のリース費用0か月分	600,000
	所要額計	600,000
	補助基準額	537,000
	申請額	537,000

(ウ) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等の利用者の受け入れや応援職員の派遣を行う事業所・施設等

対象区分 (該当するものにチェックを入れてください。複数可)	<input checked="" type="checkbox"/>	①(ア)の(1)又は(3)に該当する介護サービス事業所・施設等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事業所
	<input type="checkbox"/>	②感染症の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事業所

補助対象経費の種別 (フルダウンから選択)	用途、品目、数量等	所要額(円)
旅費・宿泊費(職員派遣)	特別養護老人ホーム大阪府庁へ職員を〇名派遣することによる旅費・宿泊費 (●月●日から〇月〇日まで ●回分の旅費・●泊〇日(〇名分)の宿泊費)	200,000
	所要額計	200,000
	補助基準額	268,000
	申請額	200,000