

(様式第1号-1) 総括表

大阪府新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所・施設等における
感染予防支援事業補助金交付申請書 (兼実績報告書)

令和 4 年 6 月 27 日

大阪府知事 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者 (法人)	フリガナ	シャカイフクシホウジン オオサカフチョウ			
	法人名	社会福祉法人 大阪府庁			
	所在地	(郵便番号 540 - 8570)			
		大阪市中央区大手前2丁目●番●号			
	連絡先	電話番号	06-6941-0351	E-mail	example@mail.jp
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	大阪 太郎
申請に関する担当者	職名	事務	氏名	介護 花子	

(1) 申請内容

事業所・施設数	2	か所	申請額	85,000	円
---------	---	----	-----	--------	---

(2) 物品等の内訳

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票に記載のとおり

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票

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 オオサカフチョウ			介護保険事業所番号		
	事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム 大阪府庁			2770000000		
	サービス種別	介護老人福祉施設（定員70人以上89人以下）	定員	80人	訪問回数		回
	事業所・施設の所在地	（郵便番号 540 - 8570 ） 大阪市中央区大手前2丁目●番●号					
	連絡先	電話番号	06-6941-0351	E-mail	example@mail.jp		
	担当者の氏名	介護 花子					

<積算内訳>		基準単価	75,000	円	所要額	79,000	円	申請額	75,000	円
品目	所要額(円)	数量等（必ず単位まで記載してください。）								
(例) マスク	49,000	(例) 50枚入り×100箱								
マスク	8,980	●●枚入り×○箱								
消毒液	7,400	●●リットル入り×○個								
個人防護具（手袋、ガウン、フェイスシールド、キャップ、エプロン、ゴーグル、防護服、シューズカバー）	9,200	手袋●●枚入り×○箱								
ペーパータオル、清拭クロス、キッチンペーパー、除菌シート、ウェットティッシュ	5,400	ペーパータオル●●枚入り×○箱								
空気清浄機	30,580	1個								
ポータブルトイレ	17,800	2個								
合計	79,360									

誓約事項	
<input type="checkbox"/>	以下に掲げる事業所・施設の場合、令和4年5月1日から令和4年7月31日までの間に介護保険法上の介護サービスを提供した。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	短期入所系、入所施設・居住系の施設の場合、高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時対応訓練を実施し、府への旨報告した。 未報告の施設は、下記をクリックし、報告してください。 高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時対応訓練の報告はこちら
<input type="checkbox"/>	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金を受けていない。
<input type="checkbox"/>	この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="checkbox"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

(様式第1号-2) 事業所・施設別個票

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		
	事業所・施設の名称	デイサービス大阪府庁			2770000000		
	サービス種別	通所介護事業所（通常規模型）	定員		人	訪問回数	回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 540 - 8570) 大阪市中央区大手前2丁目●番●号					
	連絡先	電話番号	06-6941-0351	E-mail	example@mail.jp		
	担当者の氏名	介護 花子					

<積算内訳>		基準単価	10,000	円	所要額	15,000	円	申請額	10,000	円
品目		所要額(円)			数量等（必ず単位まで記載してください。）					
(例) マスク		49,000			(例) 50枚入り×100箱					
マスク		5,980			●●枚入り×○箱					
消毒液		2,900			●●リットル入り×○個					
個人防護具（手袋、ガウン、フェイスシールド、キャップ、エプロン、ゴーグル、防護服、シューズカバー）		6,400			手袋●●枚入り×○箱					
合計		15,280								

誓約事項	
<input type="checkbox"/>	以下に掲げる事業所・施設の場合、令和4年5月1日から令和4年7月31日までの間に介護保険法上の介護サービスを提供した。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	短期入所系、入所施設・居住系の施設の場合、高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時対応訓練を実施し、府へその旨報告した。 未報告の施設は、下記をクリックし、報告してください。 高齢者施設等における新型コロナウイルス感染症発生時対応訓練の報告はこちら
<input type="checkbox"/>	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金を受けていない。
<input type="checkbox"/>	この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
<input type="checkbox"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。