

## 本申請書の使い方

# 記載例

交付申請書の記載例です。2事業所分を申請している例です。  
記載例をよく御確認いただき、申請書を作成してください。

## 介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業費補助金

(令和3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)

手順	都道府県の作業	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業
1	本Excelを管内の事業者・事業所に配布		
2		本Excelを県内各事業所に配布し、個票のシートを記入するように依頼	
3			個表シート（個票●）の着色セルを入力（黄色セル：必要情報の入力・該当する取組内容のチェック）し、事業者（法人本部）へ返送
4		県内各事業所から回収した個票の入力内容を確認 各事業所の申請先が静岡県知事となっているか確認。	
5		県内各事業所の個票のシート名を「個票●」（●は1からの通し番号。番号は半角数字とする。）に修正	
6		県内各事業所のシート名を修正した個票を一つのExcelファイルに集約	
7		（申請額一覧シート）に全事業所分が正しく反映されているか確認（151事業所以上ある場合には153行目を行ごとコピーし、154行目に右クリック→「コピーしたセルの挿入」で挿入すること。）	
8		（個票●シート）及び（申請額一覧シート）の内容が様式第1号（総括表）にも正しく反映されていることを確認するとともに、様式第1号の記入欄（黄色セル）を記載 様式第1号の「申請者」は、法人名等とすること。（事業所名は不可）	
9		<b>Excelファイル名を代表となる事業所の事業所番号に変更</b>	
10		<ul style="list-style-type: none"> <li>① 国保連にて受付する電子申請の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・電子請求受付システムから、完成したExcelファイルをアップロードする申請</li> </ul> </li> <li>② 県にて受付する電子申請の場合 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ふじのくに電子申請システムから、完成したExcelファイルを添付する申請</li> </ul> </li> <li>③ 債権譲渡事業所については、県にて受付する郵送申請（紙での申請） <ul style="list-style-type: none"> <li>・静岡県健康福祉部福祉指導課あてに、口座関係書類とともに交付申請書（紙）を郵送して申請 （封筒に「支援補助金申請書在中」と明記）</li> </ul> </li> </ul> <p>※他の書類（介護給付費等に関する費用等の請求等）を同封しないこと。</p>	
11	事業者からExcelファイルを受領し、内容を審査 ※国保連受付分は、国保連を通じて都道府県に送付		

12	<p>都道府県内で必要な作業を行い、事業者 に交付決定通知を送付した上で、補助金 を交付</p> <p>債権譲渡事業所を含む法人分以外は、原 則として国保連経由で支払。 この場合は、国保連による支払確定後、 国保連から事業所（事業所台帳に登録さ れた住所宛て）に対し、支払通知書を送 付</p>		
----	---	--	--

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業費補助金交付申請書  
 (令和3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)

令和 4 年 1 月 4 日

静岡県知事 様

標記について、次のとおり申請します。

提出年月日を必ず記載してください。:

・法人等名としてください。  
 (事業所名・施設名では申請できません。)

・法人内の本申請に関する連絡先電話番号や所在地を記載してください。  
 所在地が法人等所在地と同じ場合は「同上」としてください。  
 ・会計事務所等其他法人の所在地は記載しないでください。

申請者	フリガナ <b>カブシキガイシャシズオカ</b>		
	法人等名称 株式会社静岡		
	(郵便番号 422 - 0000 )		
	法人等所在地 静岡市駿河区〇〇町〇〇番〇〇号		
	代表者の職・氏名	職 名 代表取締役	氏 名 沼津 太郎
	申請法人等連絡先	所在地	(郵便番号 - )
同上			
	電話番号 054-2**-****	E-mail suruga@***.***	
申請に関する担当者	職 名 事務長	氏 名 伊豆 一郎	

申請内容

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
通所系	1 通所介護事業所 (通常規模型)	1 か所	10,000 円
	2 通所介護事業所 (大規模型 (I))	0 か所	0 円
	3 通所介護事業所 (大規模型 (II))	0 か所	0 円
	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)	0 か所	0 円
	5 認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 円
	6 通所リハビリテーション事業所 (通常規模型)	0 か所	0 円
	7 通所リハビリテーション事業所 (大規模型 (I))	0 か所	0 円
	8 通所リハビリテーション事業所 (大規模型 (II))	0 か所	0 円
小 計		1 か所	10,000 円
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所	0 か所	0 円
	短期入所療養介護事業所		
	10 (定員20人以下)	0 か所	0 円
11 (定員21人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
訪問系	訪問介護事業所		
	12 (訪問回数1,200回以下)	0 か所	0 円
	13 (訪問回数1,201回以上2,000回以下)	1 か所	15,000 円
	14 (訪問回数2,001回以上)	0 か所	0 円
	15 訪問入浴介護事業所	0 か所	0 円
	16 訪問看護事業所	0 か所	0 円
	17 訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 円
	18 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 円
	19 夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 円
	20 居宅介護支援事業所	0 か所	0 円
21 居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 円	
小 計		1 か所	15,000 円
多機能型	22 小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
	23 看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業		事業所・施設数	申請額
入 所 施 設 ・ 居 住 系	介護老人福祉施設		
	24 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	25 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	26 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	27 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	28 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	地域密着型介護老人福祉施設		
	29 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	30 (定員20人以上)	0 か所	0 円
	介護老人保健施設		
	31 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	32 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	33 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	34 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	35 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	介護医療院		
	36 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	37 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	38 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	39 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	40 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設		
	41 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	42 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	43 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	44 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	45 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所		
	46 (定員14人以下)	0 か所	0 円
	47 (定員15人以上)	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護		
	48 (定員19人以下)	0 か所	0 円
49 (定員20人以上39人以下)	0 か所	0 円	
50 (定員40人以上59人以下)	0 か所	0 円	
51 (定員60人以上69人以下)	0 か所	0 円	
52 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円	
53 (定員90人以上99人以下)	0 か所	0 円	
54 (定員100人以上)	0 か所	0 円	
地域密着型特定施設入居者生活介護			
55 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
56 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
合 計		2 か所	25,000 円

(添付資料)

- ・ (別紙様式1) 事業所・施設別申請額一覧
- ・ (別紙様式2) 事業所・施設別個票
- ・ (別紙様式3) 口座振替による支払及びファクスによる口座振替通知登録申出書 (必要な場合のみ)

(別紙様式1) 事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

No.	事業所・施設名	介護保険事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果 (都道府県記入)
1	しず訪問介護事業所	1234567890	訪問介護事業所(訪問回数1,201回以上2,000回以下)	054-2**-****	静岡市葵区〇〇町〇〇番〇〇号	株式会社静岡	15,000	44,000	15,000	
2	しず通所介護事業所	1234567890	通所介護事業所(通常規模型)	054-2**-****	静岡市葵区〇〇町〇〇番〇〇号	株式会社静岡	10,000	27,000	10,000	
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										

申請方法

国保連へ申請

こちらのセルに、「国保連へ申請」または「都道府県へ直接申請」と表示されれば、左側の各項目に個票記載事項が転記されます。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	シズ 訪問介護事業所		介護保険事業所番号	1234567890
	事業所・施設の名称	しず訪問介護事業所			
	サービス種別	訪問介護事業所（訪問回数1,201回以上2,000回以下）	定員	人	訪問回数 1,442 回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 420 - **** ) 静岡市葵区〇〇町〇〇番〇〇号			
	連絡先	電話番号	054-2**-****	E-mail	shizu@***,****
	管理者の氏名	浜松 愛子			

※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載してください。

※訪問介護事業所は訪問回数を記載してください。

「サービス種別」を選択することで、基準額が表示されず。

1,000円未満切り捨てになります。所要額が1,000円未満の場合は、申請できません。

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	基準単価	15,000 円	所要額	44,000 円
マスク	44,400	30箱入り×4個				
合計	44,400					

全ての項目に○をつけないと申請できません。

誓約事項	
<input type="radio"/>	以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援助成金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・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="radio"/>	この助成金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="radio"/>	この助成金に係る収入及び支出等に係る証憑書類を適切に整備保管する。
<input type="radio"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

OK  
「NG」の場合は誓約事項のチェック漏れです。

口座情報の各項目に、「○」が入力されている⇒「国保連へ申請」  
「○」が入力されていない⇒「都道府県へ直接申請」となります。

口座情報	
<input type="radio"/>	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る。 <small>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成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)</small>
<input type="radio"/>	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。 <small>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。</small>

国保連へ申請

国保連へ申請

・所要額が1,000円以上かつ、誓約事項「OK」かつ、口座情報「国保連へ申請」  
⇒「国保連へ申請」  
・所要額が1,000円以上かつ、誓約事項「OK」かつ口座情報が「都道府県へ直接申請」  
⇒「都道府県へ直接申請」  
・記載要件を満たしていない場合  
⇒「申請できません」と表示されます。  
「国保連へ申請」または「都道府県へ直接申請」が表示されないと申請ができませんので、ご注意ください。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	シズツクショカゴシキョウシヨ		介護保険事業所番号	1234567890	
	事業所・施設の名称	しず通所介護事業所				
	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 420 - +++) 静岡市葵区〇〇町〇〇番〇〇号				
	連絡先	電話番号	054-2**-****	E-mail	shizu@***, ****	
	管理者の氏名	浜松 愛子				

※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載してください。

※訪問介護事業所は訪問回数を記載してください。

「サービス種別」を選択することで、基準額が表示されず。

1,000円未満切り捨てになります。所要額が1,000円未満の場合は、申請できません。

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	基準単価	10,000 円	所要額	27,000 円
消毒液	13,200	10個入り×5箱				
パーテーション	14,300	1台				
合計	27,500					

全ての項目に○をつけないと申請できません。

誓約事項	
<input type="radio"/>	以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援助成金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・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="radio"/>	この助成金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="radio"/>	この助成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="radio"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

OK  
「NG」の場合は誓約事項のチェック漏れです。

口座情報の各項目に、「○」が入力されている⇒「国保連へ申請」  
「○」が入力されていない⇒「都道府県へ直接申請」となります。

口座情報	
<input type="radio"/>	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る。 <small>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成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)</small>
<input type="radio"/>	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。 <small>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。</small>

国保連へ申請

国保連へ申請

・所要額が1,000円以上かつ、誓約事項「OK」かつ、口座情報「国保連へ申請」  
⇒「国保連へ申請」  
・所要額が1,000円以上かつ、誓約事項「OK」かつ口座情報が「都道府県へ直接申請」  
⇒「都道府県へ直接申請」  
・記載要件を満たしていない場合  
⇒「申請できません」と表示されます。  
「国保連へ申請」または「都道府県へ直接申請」が表示されないと申請ができませんので、ご注意ください。