

## 介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、山口県介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金（以下「補助金」という。）の交付について、山口県補助金等交付規則（平成18年山口県規則第138号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

### (目的)

第2条 この補助金は、新型コロナウイルスの感染等による影響を受けている介護サービス事業所等が感染機会を減らしつつ、必要な介護サービスを継続して提供するために必要な経費を補助することにより、介護保険制度の円滑な運営に資することを目的とする。

### (交付の対象)

第3条 この補助金は、「山口県介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱」に基づき、介護サービス事業所・介護施設等が行う事業を交付の対象とする。

### (交付額の算定方法)

第4条 この補助金の交付額は、次の（1）と（2）に定める額を比較し少ない額に、別表の第4欄に定める補助率を乗じて得た額とする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

- (1) 事業所・施設等ごとに、別表の第2欄に定める基準額と第3欄に定める対象経費の実支出額を比較して少ない方の額（1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てる）を合計した額
- (2) 総事業費から寄付金その他の収入額（補助事業者が社会福祉法人等の営利を目的としない法人の場合は寄付金収入額を除く。）を控除した額

### (交付の条件)

第5条 規則第4条第3項の知事が付する条件は、次の各号のとおりとする。

- (1) 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (3) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- (4) 事業により取得し又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号。以下「適正化令」という。）第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、知事の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し又は廃棄してはならない。
- (5) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を山口県に納付させることがある。
- (6) 事業により取得し又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- (7) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除税額が0円の場合を含む。）には、別記第5号様式により、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに速やかに知事に報告しなければならない。なお、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を山口県に返還しなければならない。
- (8) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業が完了する日（事業の中止又は廃止を受けた場合には、その承認を受けた日。）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。ただし、事業により取得し又は効用の増加した価

格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日又は適正化令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

(交付の申請)

第6条 規則第3条第1項の申請は、別記第1号様式による申請書に関係書類を添えて、知事が別に指定する日までに提出しなければならない。

(補助事業の変更等に係る承認の申請)

第7条 規則第8条第1項の申請は、別記第2号様式による申請書に関係書類を添えて、提出しなければならない。

(軽微な変更の範囲)

第8条 規則第8条第1項ただし書の知事が定める軽微な変更は、次の各号に掲げる変更とする。

- (1) 補助の目的に変更をもたらさず、かつ、より能率的な補助の目的の達成に資すると認められる内容の変更
- (2) 補助の目的及び事業効果に関係しない事業計画の細部の変更
- (3) 経費の目的に実質的な変更をもたらさない経費の配分の変更
- (4) 経費の効率的な使用に資するものであり、補助の目的の達成に支障がないと認められる経費の配分の変更

(実績報告)

第9条 規則第11条の実績報告は、別記第3号様式による実績報告書に関係書類を添えて、補助事業が完了した日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該通知の到達した日）から20日を経過した日又は当該年度の3月31日のいずれか早い期日までに提出しなければならない。

(補助金の交付等)

第10条 知事は、事業の円滑な遂行を確保するために必要があると認めるときは、規則第5条の規定による通知に係る金額の範囲内において、補助金を概算払により交付することができる。

2 規則第5条の規定による通知を受けた介護サービス事業所・介護施設等は、補助金の交付を受けようとするときは、別記第4号様式による請求書を知事に提出しなければならない。

(調査)

第11条 知事は、補助事業の実施に関して、申請者に対し、報告を求め又は実地に調査することができる。

(その他)

第12条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行について必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年6月29日から施行し、令和3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年4月19日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年5月29日から施行し、令和5年5月8日から適用する。
- 2 令和4年4月1日から令和5年5月7日までに実施した事業については、なお従前の例による。

別表

1 区分	2 基準額	3 対象経費	4 補助率
介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業	山口県介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱に基づき知事が必要と認めた額	介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業に必要な報酬、給料、報償費、職員手当等、共済費、旅費、役務費、使用料及び賃借料、委託料、需用費、備品購入費、負担金、補助及び交付金	10/10



別記第2号様式

令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金  
変更承認等申請書

令和 年 月 日

山口県知事 様

郵便番号  
申請者 住 所  
ふりがな  
名 称  
代表者の氏名  
(電話 局 番)

令和 年 月 日付け指令 長寿社会第 号で交付決定を受けた標記  
補助金について、次のとおり変更したいので、山口県補助金等交付規則第8条の規定に  
より、関係書類を添えて申請します。

1 今回追加交付（一部取消）申請額 金 円  
内訳 補助金既交付決定額 金 円  
変更後補助金所要額 金 円

	県補助金既交付 決定額 (A)	変更後県費補助金 所要額 (B)	今回追加交付(一部取消) 申請額 (B) - (A)
介護サービス事 業所等に対する サービス継続支 援事業費補助金			

2 変更を必要とする理由

(添付書類)

- 1 介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金(追加交付・交付  
決定一部取消) 所要額調 (別添5)
- 2 介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業計画 (別添2)
- 3 事業所・施設別一覧 (別添3)
- 4 事業所・施設別個票 (別添4)
- 5 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト  
令和5年5月7日まで: (別添8-1)  
令和5年5月8日以降: (別添8-2)  
※感染対策等を行った上での施設内療養を実施した施設のみ
- 6 根拠資料

別記第3号様式

令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金実績報告書

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号  
住所  
ふりがな  
名称  
代表者の氏名  
(電話 局 番)

令和 年 月 日付け指令 長寿社会第 号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、以下のとおり実施しましたので、関係書類を添えて報告します。

精 算 額 金 \_\_\_\_\_ 円

(添付書類)

- 1 令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金精算書 (別添6)
- 2 介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実績 (別添7)
- 3 事業所・施設別一覧 (別添3)
- 4 事業所・施設別個票 (別添4)
- 5 根拠資料

# 請 求 書

¥ \_\_\_\_\_

ただし、令和 年 月 日付け指令 長寿社会第 号の交付決定による令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金として

## 内 訳

県補助基本額	補助率	補助額	前回までの 補助 受領済額	今回請求額	支出 区分	備 考
円	10/10	円	円	円	精算 ・ 概算	介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

山口県知事 様

申請者 郵便番号  
住 所  
ふりがな  
名 称  
代表者の氏名  
(電話 局 番)

### 【振込先】

金融機関	銀 行 信用金庫 組 合	支店 (支所)
預金の種類 及び 口座番号	1 普通預金 2 当座預金 3 別段預金	NO.
口座名義人 (カタカナ)		

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_

年 月 日

山口県知事 様

郵便番号  
申請者 住所  
ふりがな  
名称  
代表者の氏名  
(電話 局 番)

令和 年度消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

令和 年 月 日付け指令 長寿社会第 号により交付決定を受けた  
令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金について、  
山口県介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第5  
条の(7)の規定に基づき、下記のとおり報告する。

記

- 1 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律(昭和30年法律第179号)第  
15条に基づく額の確定額又は事業実績報告による精算額

金 \_\_\_\_\_ 円

- 2 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控  
除税額(要国庫補助金等返還相当額)

金 \_\_\_\_\_ 円

- 3 添付書類

記載内容を確認するための書類(確定申告書の写し、課税売上割合等が把握でき  
る資料、特定収入の割合を確認できる資料)を添付する。



(別添1)

## 令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金所要額調

(法人名: )

区 分	総 事 業 費	寄 付 金 そ の 他 の 収 入 額	差 引 額	選 定 額	県 補 助 額	県 補 助 額	備 考	補助率
	A	B	(A-B)C	※1	※2	※3		
	円	円	円	円	円	円		
介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業								10/10

※1 **D欄**には、事業所ごとの基準額と実支出額の少ない方の額（1,000円未満の端数切り捨て）の合計額（「介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業計画（別添2）」の「合計（(1)+(2)）」の額）を記入する。

※2 **E欄**には、C欄、D欄を比較して少ない方の額を記入する。

※3 **F欄**には、E欄の額に補助率を乗じて得た額を記入する。ただし、乗じて得た額に千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(別添2)

介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業計画

申請者	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		E-mail		
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	申請に関する担当者	職名		氏名		
計画内容						
		助成対象	1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所	2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所		
サービス種別			事業所・施設数	選定額	事業所・施設数	選定額
通所系	通所介護事業所(通常規模型)		か所	千円	か所	千円
	通所介護事業所(大規模型(Ⅰ))		か所	千円	か所	千円
	通所介護事業所(大規模型(Ⅱ))		か所	千円	か所	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)		か所	千円	か所	千円
	認知症対応型通所介護事業所		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(通常規模型)		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(大規模型(Ⅰ))		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(大規模型(Ⅱ))		か所	千円	か所	千円
短期入所系	短期入所生活介護事業所		か所	千円	か所	千円
	短期入所療養介護事業所		か所	千円	か所	千円
訪問系	訪問介護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問入浴介護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問看護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問リハビリテーション事業所		か所	千円	か所	千円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		か所	千円	か所	千円
	夜間対応型訪問介護事業所		か所	千円	か所	千円
	居宅介護支援事業所		か所	千円	か所	千円
	福祉用具貸与事業所		か所	千円	か所	千円
	居宅療養管理指導事業所		か所	千円	か所	千円
多機能型	小規模多機能型居宅介護事業所		か所	千円	か所	千円
	看護小規模多機能型居宅介護事業所		か所	千円	か所	千円
入所施設・居住系	介護老人福祉施設		か所	千円	か所	千円
	地域密着型介護老人福祉施設		か所	千円	か所	千円
	介護老人保健施設		か所	千円	か所	千円
	介護医療院		か所	千円	か所	千円
	介護療養型医療施設		か所	千円	か所	千円
	認知症対応型共同生活介護事業所		か所	千円	か所	千円
	養護老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	養護老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	軽費老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	軽費老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	有料老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	有料老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	サービス付き高齢者向け住宅(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	サービス付き高齢者向け住宅(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
小計			か所	千円	か所	千円
合計((1)+(2))						千円

(別添3)

事業所・施設別一覧

(単位:千円)

No.	介護保険 事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所				2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所			選定額計(h)	備考
				基準額(a)	実支出額①(b)	実支出額②(c)	選定額(d)	基準額(e)	実支出額(f)	選定額(g)		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
合計												

(注)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。
- 2 「基準額(a)」及び「基準額(e)」は、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱」の別添3に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「実支出額①(b)」、「実支出額②(c)」及び「実支出額(f)」は「事業所・施設別個票」に記載した実支出額(千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4 「選定額(d)」は、「基準額(a)」と「実支出額①(b)」を比較して低い方の額及び「実支出額②(c)」の合計を、「選定額(g)」は、「基準額(e)」と「実支出額(f)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「選定額計(h)」は、「選定額(d)」と「選定額(g)」の合計額を記入すること。

(別添4)

事業所・施設別個票

事業所・施設 の 状 況	フリガナ			介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称			
	提供サービス		定員	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 - )		<small>※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載</small>
	連絡先	電話番号		E-mail
管理者の氏名				

○事業所区分

- 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(職員に感染者と接触があった者が複数発生した場合を含む)
- ② 感染者と接触があった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
- ③ 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(①、②の場合を除く)
- ④ 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
- ⑤ ①以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所
- ⑥ 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当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等

1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所(上の事業所区分①～⑤に該当する事業所)

助成対象の区分	基準額	千円	実支出額① (施設内療養費以外)	千円	実支出額② (施設内療養費分)	千円
<small>※上の事業所区分から該当する番号を1つ選択して記入(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)</small>						
取組内容 ※該当する取組をチェックすること						
(1) 事業所区分①から②に該当する事業所・施設等 ※イ、カについては、代替サービス提供期間の分に限る						
<input type="checkbox"/> ア 職員の感染等による人材不足に伴う介護人材の確保に係る費用						
内容 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用 <input type="checkbox"/> 帰宅困難職員の宿泊費						
<input type="checkbox"/> 連携機関との連携に係る旅費 <input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用						
<input type="checkbox"/> イ 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保に係る費用						
内容 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用						
<input type="checkbox"/> ウ 介護サービス事業所・施設等の消毒・清掃費用						
内容 <input type="checkbox"/> 自施設や自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施 <input type="checkbox"/> その他						
<input type="checkbox"/> エ 感染性廃棄物の処理費用						
<input type="checkbox"/> オ 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用						
<input type="checkbox"/> カ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用						
内容 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保(使用料) <input type="checkbox"/> ヘルパー同行指導への謝金 <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費						
<input type="checkbox"/> 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)						
(2) 事業所区分③に該当する介護施設等						
<input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用						
(3) 事業所区分④に該当する高齢者施設等						
<input type="checkbox"/> 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用						
(4) 事業所区分⑤に該当する事業所 ※代替サービス提供期間の分に限る						
<input type="checkbox"/> ア 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保						
内容 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用						
<input type="checkbox"/> イ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用						
内容 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保(使用料) <input type="checkbox"/> ヘルパー同行指導への謝金 <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費						
<input type="checkbox"/> 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)						
(5) その他【共通】 ※(1)～(4)の他の取組がある場合には記載すること。						

2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所(上の事業所区分⑥に該当する事業所)

		基準額	千円	実支出額	千円
助成対象の区分		※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)		※積算内訳の②の額の千円未満切り捨て	
<input type="checkbox"/> ① 事業所区分①に該当する介護サービス事業所・施設等の連携先の介護サービス事業所・施設等 <input type="checkbox"/> ② 感染症の拡大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連携先の介護サービス事業所・施設等					
取組内容 ※該当する取組をチェックすること					
(1)⑥に該当する事業所					
<input type="checkbox"/> 連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用					
種別	<input type="checkbox"/> 感染が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保に係る費用 <input type="checkbox"/> 感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣に係る費用 ※感染が発生した事業所・施設等名 ( )				
	内容	<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用 <input type="checkbox"/> 職員派遣に係る旅費・宿泊費			
(2)その他 ※(1)の他の取組がある場合には記載すること。					

○積算内訳

1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所(上の事業所区分①～⑤に該当する事業所)

①施設内療養費以外

取組内容	費目	実支出額①(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(4)			
合計①			

②施設内療養費分

取組内容	費目	実支出額②(円)	日数・人数等
(3)			
合計②			

2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所(上の事業所区分⑥に該当する事業所)

事業区分	費目	実支出額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
合計③			

(別添5)

和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金（追加交付・交付決定一部取消）所要額

(法人名： )

区 分	総事業費 A 円	寄付金その他の収入額 B 円	差引額 (A-B) C 円	選定額 ※1 D 円	県補助額 ※2 E 円	県所要額 ※3 F 円	備考	補助率
介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業								10/10

※1 **D欄**には、事業所ごとの基準額と実支出額の少ない方の額（1,000円未満の端数切り捨て）の合計額（「介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業計画（別添2）」の「合計（(1)+(2)）」の額）を記入する。

※2 **E欄**には、C欄、D欄を比較して少ない方の額を記入する。

※3 **F欄**には、E欄の額に補助率を乗じて得た額を記入する。ただし、乗じて得た額に千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(別添6)

## 令和 年度介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金 精算書

(法人名： )

区 分	総事業費 A 円	寄付金その他の収入額 B 円	差引額 (A-B) C 円	選定額 ※1 D 円	県基補助額 ※2 E 円	県所補助額 ※3 F 円	備考	補助率
介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業								10/10

※1 **D欄**には、事業所ごとの基準額と実支出額の少ない方の額（1,000円未満の端数切り捨て）の合計額（「介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実績（別添7）」の「合計（(1)+(2)）」の額）を記入する。

※2 **E欄**には、C欄、D欄を比較して少ない方の額を記入する。

※3 **F欄**には、E欄の額に補助率を乗じて得た額を記入する。ただし、乗じて得た額に千円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

(別添7)

介護サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実績

申請者	フリガナ					
	名 称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		E-mail		
	代表者の職・氏名	職 名		氏 名		
	申請に関する担当者	職 名		氏 名		
事業実績						
		助成対象	1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所	2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所		
サービス種別			事業所・施設数	選定額	事業所・施設数	選定額
通所系	通所介護事業所(通常規模型)		か所	千円	か所	千円
	通所介護事業所(大規模型(Ⅰ))		か所	千円	か所	千円
	通所介護事業所(大規模型(Ⅱ))		か所	千円	か所	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)		か所	千円	か所	千円
	認知症対応型通所介護事業所		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(通常規模型)		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(大規模型(Ⅰ))		か所	千円	か所	千円
	通所リハビリテーション事業所(大規模型(Ⅱ))		か所	千円	か所	千円
短期入所系	短期入所生活介護事業所		か所	千円	か所	千円
	短期入所療養介護事業所		か所	千円	か所	千円
訪問系	訪問介護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問入浴介護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問看護事業所		か所	千円	か所	千円
	訪問リハビリテーション事業所		か所	千円	か所	千円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		か所	千円	か所	千円
	夜間対応型訪問介護事業所		か所	千円	か所	千円
	居宅介護支援事業所		か所	千円	か所	千円
	福祉用具貸与事業所		か所	千円	か所	千円
	居宅療養管理指導事業所		か所	千円	か所	千円
多機能型	小規模多機能型居宅介護事業所		か所	千円	か所	千円
	看護小規模多機能型居宅介護事業所		か所	千円	か所	千円
入所施設・居住系	介護老人福祉施設		か所	千円	か所	千円
	地域密着型介護老人福祉施設		か所	千円	か所	千円
	介護老人保健施設		か所	千円	か所	千円
	介護医療院		か所	千円	か所	千円
	介護療養型医療施設		か所	千円	か所	千円
	認知症対応型共同生活介護事業所		か所	千円	か所	千円
	養護老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	養護老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	軽費老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	軽費老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	有料老人ホーム(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	有料老人ホーム(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
	サービス付き高齢者向け住宅(定員30人以上)		か所	千円	か所	千円
	サービス付き高齢者向け住宅(定員29人以下)		か所	千円	か所	千円
小 計			か所	千円	か所	千円
合 計 ((1)+(2))						千円



(別添8-1)

## 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

### 1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

例) 保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

### 2 チェックリスト

確認項目	
<input type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input type="checkbox"/>	ゾーニング(区域をわける)を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
<input type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<input type="checkbox"/>	常時(夜間、深夜、早朝を含む。)、1人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

### その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和  年  月  日 事業所名   
代表者 職名  氏名

(別添8-2)

## 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト

### 1 チェックリスト

確認項目	
<input type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input type="checkbox"/>	ゾーニング（区域をわける）を実施した。
<input type="checkbox"/>	コホーティング（隔離）を実施した。
<input type="checkbox"/>	担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
<input type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の医療機関・医師等への連絡・相談フローを確認した。
<input type="checkbox"/>	常時（夜間、深夜、早朝を含む。）、1人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により、本要件を満たすことが難しい状況があった場合は、「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出すること。

### その他

※本資料への虚偽記載があった場合は、基金からの補助の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和  年  月  日 事業所名   
代表者 職名  氏名