

(第1号様式)

水色セルに記入してください。

令和 5 年 11 月 1 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

(郵便番号) 862-8570
(法人住所) 熊本市中央区水前寺6-18-1
(法人名) 社会福祉法人 熊本県庁
(役職・代表者名) 理事長 熊本 太郎

令和5年度熊本県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費補助金に係る交付申請書兼請求書

標記について、次により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額は自動入力されます。

申請額 : 1,680,000 円

(添付書類)

- 1 補助金交付申請総括表 (第1号様式 別表1)
- 2 事業所・施設別申請額一覧 (第1号様式 別表2)
- 3 事業実施計画書 (事業所・施設別個票) (第1号様式 別表3)
- 4 領収書等

(口座情報)

1 口座振替払	
金融機関名	〇〇銀行 〇〇支店
金融機関コード	〇〇〇〇
支店コード	〇〇〇
預金種目	01 普通
口座番号	1234567
フリガナ	フク)クモトケンチョウ
口座名義	社会福祉法人 熊本県庁 理事長 熊本太郎

- ・口座情報の誤りが多く見られます。
- ・特に、支店名の記入漏れがないか、預金種目の選択漏れがないか、口座番号に誤りがないか、フリガナの記入漏れがないかご確認ください。
- ・振込先口座の通帳の写し(口座名義、番号が記入されているページ)を添付してください。
- ・口座名義が法人代表者と異なる場合、委任状の提出が必要です。

※申請者の押印を省略する場合

書類発行責任者氏名	熊本 太郎	連絡先 (電話番号)	096-333-2215
担当者氏名	肥後 花子	連絡先 (電話番号)	096-333-2215

令和5年度熊本県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費補助金交付申請総括表

オレンジ色セルに記入してください。

令和 5 年 11 月 1 日

熊本県知事 蒲島 郁夫 様

法人の情報を記入してください。(福)や(株)のように省略はしないでください。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン クマモトケンチョウ			
	名称 (運営法人名)	社会福祉法人 熊本県庁			
	所在地 (運営法人所在地)	(郵便番号 862 - 8570) 熊本市中央区水前寺6-18-1			
	連絡先	電話番号	096-333-2215	E-mail	kumamoto@kumamoto.jp
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	熊本 太郎
	申請に関する担当者	職名	事務長	氏名	肥後 花子

申請内容		緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業			
		(ア)、(イ)		(ウ)	
		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
通所系	通所介護事業所 (通常規模型)	0 箇所	0 千円	1 箇所	40 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
	通所介護事業所 (大規模型 (II))	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
	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
	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
	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
	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
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	— 箇所	— 千円	0 箇所	0 千円
	居宅療養管理指導事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
多機能型	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
入所施設・居住系	介護老人福祉施設	1 箇所	1,640 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	1,640 千円	1 箇所	40 千円	
合計 ((ア),(イ))+(ウ)				1,680 千円	

(ア) … 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る)に対応した介護サービス事業所・施設等
(イ) … 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い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

自動入力されます。
基準単価(a又はe)の修正は行わないでください。

(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	(ア)、(イ)				(ウ)			申請額計(h)	個別協議の有無
				基準単価(a)	所要額①(b)	所要額②(c)	申請額(d)	基準単価(e)	所要額(f)	申請額(g)		
1	4300000000	特別養護老人ホーム 熊本県庁	介護老人福祉施設	1,140	1,311	500	1,640				1,640	○
2	4300000000	デイサービス 熊本県庁	通所介護事業所(通常規模型)					268	40	40	40	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
合計							1,640			40	1,680	

所要額(b又はf)が基準単価(a又はe)を上回る事業所について、
個別協議を行う場合は○、個別協議を行わない場合は×を記入
してください。
所要額が基準単価を下回る事業所については何も記入しないで
ください。
個別協議を行う場合(○の場合)は、別途個別協議書鑑文、個別
協議書様式の提出が必要です。

この申請書には令和5年10月1日以降に生じた経費のみ記載してください。

事業所の情報を記入してください。

フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム クマモトケンチョウ			介護保険事業所番号	4300000000
事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム 熊本県庁				
サービス種別	介護老人福祉施設	定員	30	人	
事業所・施設の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ☆☆☆☆) 熊本市△△町1-2-3			※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載 定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記入してください。	
連絡先	電話番号	096-□□□-◇◇◇◇	E-mail	kumamoto@kumamoto.jp	
管理者の氏名	熊本 次郎				
区分	<input checked="" type="checkbox"/> (ア)、(イ) <input type="checkbox"/> (ウ)				

(ア)、(イ)

基準単価	1,140	千円	所要額① (施設内療養費を除く)	1,311	千円	所要額② (施設内療養費分)	500	千円
------	-------	----	---------------------	-------	----	-------------------	-----	----

助成対象の区分

ア①

※下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)

- ア 対象となる事業所・施設等
 (ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る。以下同じ)に対応した介護サービス事業所・施設等
 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、職員が不足した場合を含む)(※1~※4)
 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(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)
 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)(※1)
 ④ 施設内療養を行った高齢者施設等(※5)
- (イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)
 (ア)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(通常形態での通所サービス提供が困難であり、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))

危険手当を申請する場合、水色のセルに入力してください。この場合、危険手当の上限額は8万円になります。

<積算内訳①:施設内療養費を除く>

超過勤務手当の場合延べ時間、危険手当の場合単価を記載してください。
割増賃金・手当の支給明細を添付してください。

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当(水色部分)について記載をお願いします)

1日あたりの支給単価(日額支給の場合記載願います) **2000** 円 (上限4,000円)

支給人数 **4** 人 × 感染対応期間 **1** ヶ月 = 8

支給上限額 2 万円 × **4** 人 × **1** ヶ月 = 8

費目	所要額①(円)	用途・品目
割増賃金・手当	123,456	超過勤務手当(5人分、延べ50.5時間)
割増賃金・手当	80,000	危険手当(4人分、単価2,000円(1日)、延べ50日間)
緊急雇用	98,000	1名×10,000円×9日間+8,000円(手数料)
自費検査	60,000	自費検査費用(6名分)
消毒・清掃	500,000	施設内の消毒に係る清掃業者への委託料(1回分)
衛生用品購入	450,000	別添費用明細書のとおり
合計	1,311,456	

自費検査費用を申請する場合、必ず理由書を添付してください。

消毒・清掃、感染性廃棄物処理、衛生用品購入にかかる購入費用を申請する場合、必ず費用明細書を添付してください。

かかった費用については、領収証、振込記録等、支払が確認できる資料を添付してください。

<積算内訳②:施設内療養費分>

費目	所要額②(円)	人数・日数等
施設内療養	500,000	通常補助分5千円×延べ100日間(施設内療養者10名分)
合計	500,000	

施設内療養に要する費用を申請する場合、チェックリスト、積算様式を添付してください。

(ウ)

基準単価	570 千円	所要額	千円
------	--------	-----	----

助成対象の区分		※下から該当する項目を1つ選択して記入
---------	--	---------------------

(ウ)感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)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~※4)
 A (ア)の①に該当する介護サービス事業所・施設等
 B 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

<積算内訳>

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当(水色部分について記載をお願いいたします)

1日あたりの支給単価(日額支給の場合記載願います) 円 (上限4,000円)

支給人数 感染対応期間

支給上限額 2 万円 × 人 × ヶ月 = 0

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計	0	

※1 介護施設等
 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、
 認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護を除く)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、
 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

※2 訪問系サービス事業所
 訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、
 夜間対応型訪問介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)
 並びに居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所((ア)の事業を除く)及び居宅療養管理指導事業所

※3 短期入所系サービス事業所
 短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)及び看護小規模多機能型居宅介護事業所
 (宿泊サービスに限る)並びに認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護に限る)

※4 通所系サービス事業所
 通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、
 小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)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)

※5 高齢者施設等
 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、
 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所並びに短期入所療養介護事業所

(第1号様式 別表3) 事業実施計画書(事業所・施設別個票)

この申請書には令和5年10月1日以降に生じた経費のみ記載してください。

事業所の情報を記入してください。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	デイサービス くまもとケンチョウ			介護保険事業所番号	4300000000
	事業所・施設の名称	デイサービス 熊本県庁				
	サービス種別	通所介護事業所 (通常規模型)		定員	人	
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 〇〇〇 - ☆☆☆☆)		※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載		
		熊本市△△町1-2-3		定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記入してください。		
	連絡先	電話番号	096-□□□-◇◇◇◇	E-mail	kumamoto@kumamoto.jp	
管理者の氏名	熊本 三郎					
区分	<input type="checkbox"/> (ア)、(イ) <input checked="" type="checkbox"/> (ウ)					

(ア)、(イ)	基準単価	537	千円	所要額① (施設内療養費を除く)	千円	所要額② (施設内療養費分)	千円
---------	------	-----	----	---------------------	----	-------------------	----

助成対象の区分	※下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)
<p>ア 対象となる事業所・施設等</p> <p>(ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る。以下同じ)に対応した介護サービス事業所・施設等</p> <p>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、職員が不足した場合を含む)(※1~※4)</p> <p>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(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)</p> <p>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)(※1)</p> <p>④施設内療養を行った高齢者施設等(※5)</p> <p>(イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)</p> <p>(ア)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(通常形態での通所サービス提供が困難であり、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))</p>	

<積算内訳①:施設内療養費を除く>

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当(水色部分について記載をお願いいたします)

1日あたりの支給単価(日額支給の場合記載願います) 円 (上限4,000円)

支給人数 感染対応期間

支給上限額 2 万円 × 人 × ヶ月 = 0

費目	所要額①(円)	用途・品目・数量等
合計	0	

<積算内訳②:施設内療養費分>

費目	所要額②(円)	人数・日数等
合計	0	

(ウ)

基準単価	268 千円	所要額	40 千円
------	--------	-----	-------

助成対象の区分 **ウA** ※下から該当する項目を1つ選択して記入

- (ウ) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員を派遣を行う事業所・施設等(※1~※4)
- A (ア)の①に該当する介護サービス事業所・施設等
 - B 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

危険手当を申請する場合、水色のセルに入力してください。この場合、危険手当の上限額は6万円になります。

<積算内訳>

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当(水色部分)について記載をお願いいたします)

1日あたりの支給単価(日額支給の場合記載願います) **2000** 円 (上限4,000円)

支給人数 3 人 × 感染対応期間 1 ヶ月 = 支給上限額 2 万円 × 3 人 × 1 ヶ月 = 6 万円

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
割増賃金・手当(職員派遣)	40,000	特別養護老人ホーム熊本県庁への派遣職員3名への危険手当(派遣期間10月2日~20日)(3人分、単価2,000円(1日)、延べ20日間)
合計	40,000	

派遣先の事業所等の名称、派遣期間を記載してください。超過勤務手当の場合延べ時間、危険手当の場合単価を記載してください。
割増賃金・手当の支給明細を添付してください。

- ※1 介護施設等
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護を除く)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅
- ※2 訪問系サービス事業所
訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)並びに居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所((ア)の事業を除く)及び居宅療養管理指導事業所
- ※3 短期入所系サービス事業所
短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)並びに認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護に限る)
- ※4 通所系サービス事業所
通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)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)
- ※5 高齢者施設等
介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所並びに短期入所療養介護事業所