

サービス提供体制確保事業補助金 交付申請書等 作成の手引き

- 本補助金の申請に当たって、本作成の手引きに沿って、交付申請書等の作成をお願いします。
- 特に、支出を証する書類等について、提出が漏れている、通し番号の記載がない、対象部分にマーカーが引いていない、通し番号の順番に資料が並んでいない等、案内に沿っていない申請が非常に多く提出されています。円滑な補助金交付のため、事業者の皆さまにおかれましては、正確な書類の作成をお願い申し上げます。
- 今年度の申請の変更箇所については、赤字となっています。また令和5年度費用の変更箇所は、併せて下線も引いています。 令和5年10月以降の変更は緑字としています。 令和6年3月の追記内容（次項）は青字としています。
- 令和5年4月1日以降に発生した経費の申請受付です。
- 今年度の受付申請から、高齢施設課と介護事業指導課の所管サービスを併せて、申請することはできず、別々に申請する必要があります。
(例：老健と通りハの同時申請は不可。別々に申請してください。)
- ・ 高齢施設課（特養・老健・有料・養護・軽費等入所施設） ※所管詳細
- ・ 介護事業指導課（訪問系・通所系事業所、認知症GH等）

○令和6年3月の追記内容

令和5年度（令和6年3月31日）までに発生した補助対象経費の考え方は次のとおり。

<【重要】補助対象経費の考え方>

ア 令和6年3月勤務の割増賃金・手当の支払いが令和6年4月以降のもの

⇒令和5年度経費として対象

イ 令和6年3月発注の衛生用品

感染発生：令和6年3月まで、発注：令和6年3月まで

⇒令和5年度経費として対象

※ 感染発生：令和6年3月まで、発注：令和6年4月以降⇒補助対象外

ウ 消毒・清掃費、感染性廃棄物の処理費等（消毒・清掃費、感染性廃棄物の処理費は、1日又は、1回等の契約のもの）

⇒実施日基準（計画書等から実施日を判断）。分けられないものは年度ごと按分し、

令和5年度分のみ対象

エ 令和6年3月～4月にまたがる委託契約等（消毒・清掃費、人材募集の広告費、派遣会社からの人材派遣に係る経費等）で、契約で日割り・月割り等の取り決めがないもの

⇒年度ごと按分し、令和5年度分のみ対象とする。

○令和5年10月以降の変更内容

<施設内療養>

- ・施設内療養者1名あたり1日5,000円（9/30までは1万円）、追加補助分は施設内療養者1名あたり1日5,000円（9/30までは1万円）※補助期間は変更なし
- ・追加補助分は、大規模施設（定員30人以上）については施設内療養者が同一日に10人以上（9/30までは5人以上）いる場合、小規模施設（定員29人以下）については4人以上（9/30までは2人以上）いる場合とします。

<危険手当>

新型コロナに感染した利用者への対応に係る業務手当に相当する経費（危険手当）について、補助上限が1人あたり1日4,000円（1月あたりの限度額は2万円）となります。（9/30までは、限度額の基準はなし）（R5国QA36）

■目次

1	<u>第1号様式別紙(2) 作成について</u>	1項
2	<u>第1号様式別紙(3) 作成について</u>	3項
3	支出を証する資料等 作成について	
(1)	<u>需用費(衛生資材等購入)</u>	5項
(2)	<u>割増賃金・手当</u>	7項
(3)	<u>宿泊費(帰宅困難職員)</u>	9項
(4)	<u>職業紹介料</u>	10項
(5)	<u>消毒・清掃</u>	11項
(6)	<u>施設内療養(入所・入居系事業所・施設のみ)</u>	12項
4	<u>第1号様式別紙(1) 作成について</u>	13項
5	<u>サービス提供体制確保事業補助金交付申請書兼実績報告書 作成について</u>	14項
6	<u>チェックシート 作成について</u>	15項
7	<u>各課の所管サービスについて</u>	16項

1 第1号様式別紙(2)作成について

第1号様式別紙(2) 事業所・施設別償表(申請時)
【令和5年度に生じた費用分】

フリガナ	□□□□	介護保険事業所番号	1400000000									
事業所・施設の名称	□□□□											
サービス種別	認知症対応型共同生活介護事業所	定員	27 人									
事業所・施設の所在地	(郵便番号 231 - 0005) 横浜市中区本町〇-〇-〇											
連絡先	電話番号	045-671-〇〇〇〇	E-mail									
管理者の氏名	〇〇 △△											
区分	<input checked="" type="checkbox"/> ア、イ <input type="checkbox"/> ウ											
事業所・施設における新型コロナウイルス感染症状況(今回申請に係る全陽性者を記載)	陽性者氏名(みなし含む)	発症日	利用者	職員	陽性者氏名(みなし含む)	発症日	利用者	職員	陽性者氏名(みなし含む)	発症日	利用者	職員
例	横浜 太郎	2023/5/1	1	5	大分 二郎	2023/5/8	1	11				
1	沖繩 一子	2023/5/1	1	6	熊本 三子	2023/5/8	1	12				
2	鹿児島 一郎	2023/5/1	1	7				13				
3	宮城 四郎	2023/5/4		1	8			14				
4	宮崎 二郎	2023/5/8	1	9				15				
※人数が多い場合等は、別紙の感染状況資料に記載することで代えることができる。												
ア、イ	基準単価	972 千円	所要額①(施設内療養費を除く)	437 千円	所要額②(施設内療養費分)	490 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) ※別紙の①の額の千円未満切り捨て											
<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*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))</p>												
<積算内訳①:施設内療養費を除く>												
費目	所要額①(円)	用途・品目・数量等										
薬料費	172,900	N95マスク等 第1号様式別紙(3)のとおり										
副増賃金・手当	105,000	時間外手当、危険手当										
宿泊費(検診出張職員)	30,000	宿泊費										
職業紹介料	80,000	職業紹介料										
消費税・雑費	50,000	消費税・雑費										
合計	437,900											
<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	490,000	施設内療養(運営分及び追加補助分)										
施設内療養												
施設内療養												
合計	490,000											

○事業所・施設の状況を正確に記載してください。
 ○本市において、介護情報サービスかながわに登録しているデータと突合を行っています。
 ○上記登録データに変更がある場合については、必要に応じ、変更届の提出もお願いします。

○事業所・施設における新型コロナウイルス感染状況について、今回申請に係る全陽性者を記載してください。
 ○陽性者が16人以上いる場合は、記載しきれないため、隣のシート(感染状況資料)をご活用ください。
 ○発症日(又は症状発症日)より前に発注した物品や委託等は、本事業の補助対象外となりますので、発症日は正確に記載してください。

○積算内訳について、第1号様式別紙(3)の内容を正確に転記してください。
 ○施設内療養費については、積算内訳②に記載してください。
 (その他の費用は積算内訳①に記載)
 ○令和5年4月1日以降に生じた施設内療養費については、基準単価の範囲外となりました。

1 第1号様式別紙(2)作成について

ウ		基準単価	496 千円	所要額	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入力) ※別紙の②の額の千円未満切り捨て			
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*2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>					
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、短期入所療養介護事業所 * 令和5年4月1日から令和5年5月7日までに生じた費用は、「感染者と接触があった者」を「濃厚接触者」と読み替えるものとする。以下同じ。 *1 令和5年4月1日から令和5年5月7日までに生じた費用は、休業要請を受けた事業所・施設等を含むものとする。 *2 令和5年4月1日から令和5年5月7日までに生じた費用は、ア①又は休業要請を受けた通所系・短期入所系事業所と読み替えるものとする。					

○補助対象の要件を満たさない場合、特段区分「ウ」の記載は必要ありません。

2 第1号様式別紙(3)作成について

- 通し番号は、上から順番に連番で振ってください。
- 領収書・振込完了確認資料番号は、通し番号と同一番号を振ります。

第1号様式別紙(3) 事業所・施設別備表【精算内訳 費目詳細】
【令和5年度に生じた費用分】

申請者名(法人・団体名)		株式会社 △△								
施設・事業所名		□□□□								
費目	需用費									
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等 記載金額 (B)	領収書・振込完了 確認資料番号 (通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。			
1	N95マスク	2023年5月1日	1,000枚	50,000	150,000	1	別の請求書も同時にまとめて支払ったため			
2	サージカルマスク	2023年5月1日	1,000枚	12,000		2				
3	ガウン	2023年5月1日	1,000枚	50,000		3				
4	PEエプロン	2023年5月1日	1,000枚	15,000		4				
5	フェイスシールド	2023年5月8日	500枚	25,000	70,400	5		対象外のものも同時にまとめて購入しているため		
6	消毒液	2023年5月8日	10L	12,000		6				
7	ハンドソープ	2023年5月8日	10個	3,000		7				
8	ウェットティッシュ	2023年5月8日	10個	3,500		8				
9	使い捨て食器	2023年5月8日	100個	2,000		9				
10	振込手数料			400		10				
合計				172,900						

費目	割増賃金・手当								
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等 記載金額 (B)	領収書・振込完了 確認資料番号 (通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。		
11	時間外手当		10名分	65,000	169,000	11	対象外残業手当を含むため 根拠資料は、時間外手当計上シート及び賃金台帳		
12	危険手当		5名分	40,000	40,000	12	根拠資料は、危険手当計上シート及び賃金台帳		
合計				105,000					

費目	宿泊費(帰宅困難職員)								
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等 記載金額 (B)	領収書・振込完了 確認資料番号 (通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。		
13	宿泊費		1名計3泊分	30,000	30,000	13			
合計				30,000					

<需要費(衛生資材等購入)>

- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した衛生資材等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 感染者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。5月7日までに生じた費用は、濃厚接触者と読み替える。以下同じ。)の発生時等において、在庫の不足が見込まれた上で購入した衛生資材等が対象となります。陽性者が発生しても、在庫で対応でき不足が見込まれない場合は補助対象外です。(R5 国 QA51~53)
- 抗原検査キットなど自費検査の費用について、施設内で感染者が発生した場合、行政検査の対象として扱われる場合は対象外となります。(R5 国 QA61~67 等)
- 体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ等の器具・備品、おむつは補助対象外です。
- R5 受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

<割増賃金・手当>

- 発症日(又は症状発症日)より前に従事した分の手当等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 感染者の発生や感染者と接触があった者への対応により生じた追加的業務に係る労働の対償として使用者が支払う職員の割増賃金や手当であれば、補助対象となります。慰労金や自宅療養に対する補償手当など見舞金や給与補償のようなものは対象外です。(R5 国 QA35)
- 時間外手当や危険手当計上シートの内容を正確に転記してください。

<宿泊費(帰宅困難職員)>

- 発症日(又は症状発症日)より前の宿泊費等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 感染者対応職員が、同居者を感染させる可能性があり、事業所でのサービス提供を継続するために、自宅に帰宅せず宿泊したものが補助対象となります。職員の家族が陽性となったため、感染を避ける目的で職員が宿泊施設を利用した場合などは対象外です。(R5 国 QA48)
- 宿泊先の駐車場料金は対象ですが、ガソリン代や高速代は対象外です。
- R5 受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

2 第1号様式別紙(3)作成について

- 通し番号は、上から順番に連番で振ってください。
- 領収書・振込完了確認資料番号は、通し番号と同一番号を振ります。

<職業紹介料>

- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した職業紹介料は、本事業の補助対象として計上はできません。その後の勤務日が発症日以後の場合であっても補助の対象外です。
- R5 受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

<消毒・清掃>

- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した消毒・清掃は、本事業の補助対象として計上はできません。
- R5 受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

費目	職業紹介料						
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等記載金額(B)	領収書・振込完了確認資料番号(通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。
14	職業紹介料	2023年5月1日	2名計8日分	80,000	80,000	14	
	合計			80,000			

費目	自費検査消毒・清掃						
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等記載金額(B)	領収書・振込完了確認資料番号(通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。
15	消毒・清掃	2023年5月8日		50,000	50,000	15	
	合計			50,000			

費目	施設内療養						
通し番号	品目名等	発注日	数量等	購入等金額(A) (税抜)	領収書等記載金額(B)	領収書・振込完了確認資料番号(通し番号と同一)	備考※AとBの金額に差がある場合の説明 ※詳細は下記4「備考欄の記載方法について」を確認してください。
16	施設内療養(通常分)		25日	250,000	—	16	別添資料2-1及び積算資料 参照
17	施設内療養(追加補助分)		24日	240,000	—	17	別添資料2-1及び積算資料 参照
	合計			490,000			

※この様式は適宜修正して使用することができる。

<施設内療養>

- 補助対象事業所・施設は、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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所。その他の事業所等は補助対象外です。
- 通常分として1人1日1万円(基本的に療養日数は上限10日間、1人当たり10万円。症状が軽快しない方に限り、療養日数が最長15日間、1人当たり15万円)。併せて、追加補助分として、定員29人以下なら同一日に2人以上で1人1日1万円、定員30人以上なら同一日に5人以上で1人1日1万円。(令和5年9月30日まで。10月以降は左記)

<施設内療養>※令和5年10月以降は次のとおりとなります。

- ・施設内療養者1名あたり1日5,000円(9/30までは1万円)、追加補助分は施設内療養者1名あたり1日5,000円(9/30までは1万円)※補助期間は変更なし
- ・追加補助分は、大規模施設(定員30人以上)については施設内療養者が同一日に10人以上(9/30までは5人以上)いる場合、小規模施設(定員29人以下)については4人以上(9/30までは2人以上)いる場合とします。

- 別添資料2-1(積算資料)の内容を正確に転記してください。

○令和5年4月1日以降に生じた施設内療養費については、基準単価の範囲外となりました。

○令和5年5月8日(5類化)以降に生じた施設内療養費については、令和5年4月3日付「高齢者施設における新型コロナ対応体制等調査の実施について(依頼)」等において、補助要件のすべてを満たしていると電子申請システムで回答があった施設・事業所が補助対象です。(調査に未回答又は補助要件をひとつでも満たしていない場合は補助対象外)

(https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/kaigo-corona.files/0314_20230420.pdf)

3 支出を証する資料等作成について (1) 需用費 (衛生資材等購入)

請求書 2023年5月8日

株式会社 △△様 株式会社 ○●

請求金額 139,700 円

<請求内訳>

品目名等	発注日	数量等	購入等金額
N95マスク	2023年5月1日	1,000枚	50,000
サージカルマスク	2023年5月1日	1,000枚	12,000
ガウン	2023年5月1日	1,000枚	50,000
PEエプロン	2023年5月1日	1,000枚	15,000
小計			127,000
消費税			12,700
合計			139,700

- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、各品目のところに補記してください。
- 対象品目には、マーカーを引いてください。
- すべての購入品目について、それぞれの内訳が記載されており、併せて発注日と領収されたことが確認できる必要があります。
(主な書類のパターン)
 - ・領収書のみ(品目名が全部記載されているもの)
 - ・請求書又は納品書(品目名が全部記載されているもの)、及び領収書(品目名の記載がないもの)
 - ・請求書又は納品書(品目名が全部記載されているもの)、及び振込明細書(領収書の代わりとして)
- ※上記に発注日の記載がない場合、併せて発注日が確認できる書類も必要です。
- ※振込明細書は、振込完了が確認できる必要があります。(振込予約資料は不可)
- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した衛生資材等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ等の器具・備品、おむつは補助対象外です。

領収書 2023年5月31日

株式会社 △△様 株式会社 ○●

領収金額 165,000 円

但し、衛生資材及び事務用品として

①～④ 税抜 150,000円
このうち、
127,000円が対象

- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、補記してください。
- 対象部分に、マーカーを引いてください。
- 税込金額の場合は、税抜金額を補記します。
- 領収金額の内数(不一致)となる場合は、対象品目の購入金額(税抜)を補記します。(例:うち、税抜〇〇円が対象)

3 支出を証する資料等作成について (1) 需用費 (衛生資材等購入)

請求書		2023年5月8日	
株式会社 △△様		株式会社 ○●	
請求金額	77,000		円
<請求内訳>			
品目名等	発注日	数量等	購入等金額
フェイスシールド	2023年5月8日	500枚	27,500
事務用イス	2023年5月8日	1脚	22,000
ドッチファイル	2023年5月8日	10個	4,950
消毒液	2023年5月8日	10L	13,200
ハンドソープ	2023年5月8日	10個	3,300
ウェットティッシュ	2023年5月8日	10個	3,850
使い捨て食器	2023年5月8日	100個	2,200
合計 (税込)			77,000

- 税込金額の場合は、税抜金額を補記します。
(以下、再掲)
- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、各品目のところに補記してください。
- 対象品目には、マーカーを引いてください。
- すべての購入品目について、それぞれの内訳が記載されており、併せて発注日と領収されたことが確認できる必要があります。
(主な書類のパターン)
 - ・領収書のみ (品目名が全部記載されているもの)
 - ・請求書又は納品書 (品目名が全部記載されているもの)、及び領収書 (品目名の記載がないもの)
 - ・請求書又は納品書 (品目名が全部記載されているもの)、及び振込明細書 (領収書の代わりとして)
- ※上記に発注日の記載がない場合、併せて発注日が確認できる書類も必要です。
- ※振込明細書は、振込完了が確認できる必要があります。(振込予約資料は不可)
- 発症日 (又は症状発症日) より前に発注した衛生資材等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ等の器具・備品、おむつは補助対象外です。

振込明細書	
○●銀行	
受付番号	00-000-00000-0000000
受付日時	2023年5月31日 11時15分
振込日	2023年5月31日
状況	取引完了
振込先口座	△△銀行○支店 当座 1111111 カ) ○●
振込金額	77,000円
振込手数料	440円
引落金額合計	77,440円
引落口座	××支店 当座 2222222
振込依頼人	カ) △△

- 振込明細書は、振込完了が確認できる必要があります。(振込予約資料は不可)
(以下、再掲)
- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、補記してください。
- 対象部分に、マーカーを引いてください。
- 税込金額の場合は、税抜金額を補記します。
- 領収金額の内数 (不一致) となる場合は、対象品目の購入金額 (税抜) を補記します。(例：うち、税抜〇〇円が対象)

3 支出を証する資料等作成について (2) 割増賃金・手当

【重要】・A列「通し番号」の順番に、支払いの根拠となる賃金台帳を並べてください。(「通し番号」の順番通りに支払いの根拠となる賃金台帳のスキャンをして提出してください)
 【重要】・E列「(参考) 残業手当計(円)」欄の数値と賃金台帳の数値(残業手当代金)が一致するようにしてください

※各種名称は、法人の賃金台帳上の名称と同じ名称に変更してください。
 ※賃金台帳は、該当箇所を蛍光マーカーで塗ってください。その他補足があれば、賃金台帳の余白に記載してください。
 ※月ごとにシートを分けてください。

通し番号	職員氏名	内数		(参考) 残業手当計(円)	従事日数(日間)	備考
		コロナ対応対象残業手当	(参考) 対象外残業手当(円)			
1	北海道 一子	5,000	20,000	25,000	2	
2	青森 二郎	10,000	20,000	30,000	4	
3	岩手 三子	8,000	10,000	18,000	3	
4	宮城 四郎	4,000	15,000	19,000	2	
5	秋田 五子	15,000	25,000	40,000	4	
6	山形 六郎	2,000	0	2,000	1	
7	福島 七子	5,000	5,000	10,000	2	
8	茨城 八郎	3,000	0	3,000	1	
9	栃木 九子	8,000	4,000	12,000	3	
10	群馬 十郎	5,000	5,000	10,000	2	
合計		65,000	104,000	169,000		

賃金台帳			
北海道 一子			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	250,000	250,000	250,000
時間外手当	25,000	20,000	① 25,000
危険手当	0	0	5,000
支給総額	275,000	270,000	280,000

賃金台帳			
青森 二郎			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	350,000	350,000	350,000
時間外手当	30,000	24,000	② 30,000
危険手当	0	0	10,000
支給総額	380,000	374,000	390,000

③～⑨ 賃金台帳

賃金台帳			
群馬 十郎			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	100,000	100,000	100,000
時間外手当	10,000	8,000	⑩ 10,000
危険手当	0	0	0
支給総額	110,000	108,000	110,000

- ＜時間外手当＞
- 賃金台帳の当該月の時間外手当支給額と、時間外手当計上シートの(参考) 残業手当計(円)が一致するようにします。(赤線参照)
 - 上記となるように、コロナ対応対象残業手当と、(参考) 対象外残業手当(円)にそれぞれ金額を整数で記載します。
 - コロナ対応対象残業手当として、従事した日数も記載します。
 - 左上に、コロナ対応期間と、コロナ対応対象残業手当を支給した月を記載します。
 - コロナ対応期間が月をまたぐ等、コロナ対応対象残業手当の支給月が複数となる場合は、賃金台帳にあわせて、時間外手当計上シートのファイル内のシートも分けて記載します。
 - 発症日(又は症状発症日)より前に従事した分の手当等は、本事業の補助対象として計上はできません。
 - 感染者の発生や**感染者と接触があった者**への対応により生じた追加的業務に係る労働の対償として使用者が支払う職員の割増賃金や手当であれば、補助対象となります。慰労金や自宅療養に対する補償手当など見舞金や給与補償のようなものは対象外です。(R5 国 QA35)

- 「時間外手当計上シート」の通し番号に対応するよう賃金台帳を並べます。又は賃金台帳の氏名の順番に「時間外手当計上シート」を記載します。
- 対象手当の部分に、マーカーを引きます。
- 「時間外手当計上シート」の通し番号に対応するよう、番号を補記します

3 支出を証する資料等作成について (2) 割増賃金・手当

【重要】・A列「通し番号」の順番に、支払いの根拠となる賃金台帳を並べてください。【通し番号」の順番通りに支払いの根拠となる賃金台帳のスキャンをして提出してください。】
 【重要】・E列「(参考)危険手当計(円)」欄の数値と賃金台帳の数値(危険手当代金)が一致するようにしてください。

危険手当計上シート

※各欄名称は、法人の賃金台帳上の名称と同じ名称に変更してください。
 ※賃金台帳は、該当箇所を蛍光マーカーで塗ってください。その他補足があれば、賃金台帳の余白に記載してください。
 ※月ごとにシートを分けてください。

通し番号	職員氏名	内数		(参考)危険手当計(円)	従事日数(日間)	備考 (従事日:●月▲日等)
		コロナ対応対象危険手当	(参考)対象外危険手当(円)			
1	北海道 一子	5,000	0	5,000	1	5月1日
2	青森 二郎	10,000	0	10,000	2	5月3日、5月8日
3	岩手 三子	5,000	0	5,000	1	5月9日
4	宮城 四郎	5,000	0	5,000	1	5月2日
5	秋田 五子	15,000	0	15,000	3	5月1日、5月2日、5月10日
合計		40,000	0	40,000		

賃金台帳			
北海道 一子			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	250,000	250,000	250,000
時間外手当	25,000	20,000	25,000
危険手当	0	0	① 5,000
支給総額	275,000	270,000	280,000

賃金台帳			
青森 二郎			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	350,000	350,000	350,000
時間外手当	30,000	24,000	30,000
危険手当	0	0	② 10,000
支給総額	380,000	374,000	390,000

③~④ 賃金台帳

賃金台帳			
秋田 五子			
氏名	4月支給	5月支給	6月支給
基本給	380,000	380,000	380,000
時間外手当	40,000	32,000	40,000
危険手当	0	0	⑤ 15,000
支給総額	420,000	412,000	435,000

<危険手当>

- 賃金台帳の当該月の危険手当支給額と、危険手当計上シートの(参考)危険手当計(円)が一致するようにします。(赤線参照)
- 上記となるように、コロナ対応対象危険手当と、(参考)対象外危険手当(円)にそれぞれ金額を整数で記載します。
- コロナ対応対象危険手当として、従事した日数及び従事日も記載します。
- 左上に、コロナ対応期間と、コロナ対応対象危険手当を支給した月を記載します。
- コロナ対応期間が月をまたぐ等、コロナ対応対象危険手当の支給月が複数となる場合は、賃金台帳にあわせて、危険手当計上シートのファイル内のシートも分けて記載します。
- 発症日(又は症状発症日)より前に従事した分の手当等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 感染者の発生や**感染者と接触があった者**への対応により生じた追加的業務に係る労働の対償として使用者が支払う職員の割増賃金や手当であれば、補助対象となります。慰労金や自宅療養に対する補償手当など見舞金や給与補償のようなものは対象外です。(R5国QA35)

- 「危険手当計上シート」の通し番号に対応するよう賃金台帳を並べます。又は賃金台帳の氏名の順番に「危険手当計上シート」を記載します。
- 対象手当の部分に、マーカーを引きます。
- 「危険手当計上シート」の通し番号に対応するよう、番号を補記します

<危険手当>令和5年10月1日からの注意点

新型コロナに感染した利用者への対応に係る業務手当(危険手当)に相当する経費について、補助上限が1人あたり1日4,000円(1月あたりの限度額は2万円)となります。(9/30までは、限度額の基準はなし)

(R5QA36)

3 支出を証する資料等作成について (3) 宿泊費 (帰宅困難職員)

領収書		2023年5月3日
秋田 五子 様	⑬	
	税抜 30,000円	
領収金額	33,000	円
但し、	宿泊代 (5月1日~3日)	として
<経緯> 感染者対応職員が、同居者を感染させる可能性があり、事業所でのサービス提供を継続するために、自宅に帰宅せず、宿泊したもの		ホテル <input checked="" type="radio"/>

- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、補記してください。
- 対象部分に、マーカーを引いてください。
- 税込金額の場合は、税抜金額を補記します。**
- 宿泊者名、宿泊日及び宿泊費が確認できる必要があります。なお、申請者が作成した領収書等は、受け付けられません。
- 帰宅困難職員が発生した経緯を補記してください。なお、任意様式に記載いただいても差支えありません。
- 発症日(又は症状発症日)より前の宿泊費等は、本事業の補助対象として計上はできません。
- 感染者対応職員が、同居者を感染させる可能性があり、事業所でのサービス提供を継続するために、自宅に帰宅せず宿泊したもの等が補助対象となります。職員の家族が陽性となったため、感染を避ける目的で職員が宿泊施設を利用した場合などは対象外です。(R5国QA48)
- 宿泊先の駐車場料金は対象ですが、ガソリン代や高速代は対象外です。

3 支出を証する資料等作成について (4) 職業紹介料

領収書		2023年5月31日	
株式会社 △△様		株式会社 ○●	
領収金額		88,000 円	
<領収内訳>			
品目名等	発注日	勤務日等	購入等金額
職業紹介料	2023年5月1日	5月4日～7日 全日程2名	80,000
小計			80,000
消費税			8,000
合計			88,000

- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、補記してください。
- 対象部分に、マーカーを引いてください。
- 発注日、勤務実態(勤務日・従事人数等)及び金額等の記載があり、領収されたことが確認できる必要があります。
- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した職業紹介料は、本事業の補助対象として計上はできません。その後の勤務日が発症日以後の場合であっても、補助の対象外です。
- R5 受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

3 支出を証する資料等作成について (5) 消毒・清掃

領収書		2023年5月31日	
株式会社 △△様		株式会社 ○●	
領収金額	55,000		円
<領収内訳>			
品目名等	発注日	実施日	購入等金額
消毒・清掃	2023年5月8日	2023年5月9日	50,000
小計			50,000
消費税			5,000
合計			55,000

- 第1号様式別紙(3)の通し番号に対応する番号を、補記してください。
- 対象部分に、マーカを引いてください。
- 発注日、実施日及び金額等の記載があり、領収されたことが確認できる必要があります。
- 発症日(又は症状発症日)より前に発注した消毒・清掃は、本事業の補助対象として計上はできません。
- R5受付申請から、金額はすべて税抜で記載してください。

3 支出を証する資料等作成について (6) 施設内療養 (入所・入居系事業所・施設のみ)

別添資料2-1 (第8条第2項)
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)
※ 令和5年5月8日以降の施設内療養に要する費用の場合は、欄1の記入不要

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できなかった。

2 新型コロナ対応体制等に係るチェックリスト
※ 令和5年5月7日以前の施設内療養に要する費用の場合は、欄2の選択不要

確認項目

「高齢者施設における新型コロナ対応体制等調査の実施について(依頼)」(令和5年4月3日付健高施第20号)に、施設内療養費の補助要件を満たすと回答した。

申請日時点において、上記調査で回答した①医療機関の確保②研修及び訓練の実施③オミクロン株対応ワクチンの接種の要件をすべて満たしている。

3 施設内療養の実施に係るチェックリスト

確認項目

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。

プーニング(区域をわけ)を実施した。

コホーティング(隔離)の実施した。

担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。

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。

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。

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、事情を記載すること。
※各項目は「施設内療養時の対応の手引き」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。

4 対象者の施設内療養の状況を記入してください

氏名	発症日	療養開始日	療養終了日	入院日	療養日数	備考
1 沖縄 一子	5月1日	5月1日	5月8日		8	
2 鹿見島 一郎	5月1日	5月1日	5月8日		8	
3 宮崎 二子	5月8日	5月8日	5月9日	5月9日	2	
4 大分 二郎	5月8日	5月8日	5月10日	5月10日	3	
5 熊本 三子	5月8日	5月8日	5月11日	5月11日	4	

※人数が多い場合等は、対象者の施設内療養の状況は別紙に記載することで代えることができる。
※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5年 7月 1日 事業所名 □□□□
代表者 職名 代表取締役 氏名 ○○ ○○

<施設内療養> ※令和5年10月以降は次のとおりとなります。

・施設内療養者1名あたり1日5,000円(9/30までは1万円)、追加補助分は施設内療養者1名あたり1日5,000円(9/30までは1万円) ※補助期間は変更なし

・追加補助分は、大規模施設(定員30人以上)については施設内療養者が同一日に10人以上(9/30までは5人以上)いる場合、小規模施設(定員29人以下)については4人以上(9/30までは2人以上)いる場合とします。

- 施設内療養を実施することとなった経緯を記載します。 なお、令和5年5月8日以降の施設内療養に要する費用の場合は、記入不要です。
- 新型コロナ対応体制等に係るチェックリストの確認項目をすべて確認し、チェックを入れます。なお、令和5年5月7日以前の施設内療養に要する費用の場合は、記入不要です。
- 施設内療養の実施に係るチェックリストの確認項目をすべて確認して、チェックを入れるとともに、対象者の施設内療養の状況を記載します。なお、人数が多い場合は、別紙への記載でも差支えありません。
- 誓約事項を記載します。本資料への虚偽記載があった場合は、補助の返還や指定取消となる場合がありますので、十分ご注意ください。
- 補助対象事業所・施設は、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、サービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所。その他の事業所等は補助対象外です。
- 令和5年5月8日(5類化)以降に生じた施設内療養費については、令和5年4月3日付「高齢者施設における新型コロナ対応体制等調査の実施について(依頼)」等において、補助要件のすべてを満たしていると電子申請システムで回答があった施設・事業が補助対象です。(調査に未回答、又は補助要件をひとつでも満たしていない場合は、補助対象外)

(https://www.city.yokohama.lg.jp/business/bunyabetsu/fukushi-kaigo/kaigo/kaigo-corona.files/0314_20230420.pdf)

別添資料2-1 (精算資料)

氏名	発症日	療養開始日	療養終了日	入院日	5/1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	合計(基本10日)	
1 沖縄 一子	5月1日	5月1日	5月8日		1	1	1	1	1	1	1	1								8	
2 鹿見島 一郎	5月1日	5月1日	5月8日		1	1	1	1	1	1	1	1								8	
3 宮崎 二子	5月8日	5月8日	5月9日	5月9日									1	1						2	
4 大分 二郎	5月8日	5月8日	5月10日	5月10日									1	1	1					3	
5 熊本 三子	5月8日	5月8日	5月11日	5月11日									1	1	1	1				4	
＜通常分＞ 1日あたりの療養者数の合計						2	2	2	2	2	2	2	5	3	2	1				25	
＜追加補助分＞一日あたりの合計金額(単位:万) ※同一日に2人以上で追加補助一人一日1万円(定員29人以下)						2	2	2	2	2	2	2	5	3	2						24
＜追加補助分＞1日あたりの合計金額(単位:万) ※同一日に5人以上で追加補助一人一日1万円(定員30人以上)													5							5	

通常分は、こちらの金額(単位:万)を第1号様式別紙(3)の「購入等金額(A)(税抜)」に転記
※「品目名等」欄は、「施設内療養」としてください

追加補助がある場合は、こちらの金額(単位:万)を第1号別紙(3)の「購入等金額(A)(税抜)」に転記
※「品目名等」欄は、「施設内療養(追加補助分)」としてください
通常分とは別の行に記載。
※定員29人以下はAT54の数字を転記し、定員30人以上はAT55の数字を転記

※補助額は、別表1の基準単価の範囲内とし、追加補助については、小規模施設等は1施設あたり200万円、大規模施設等は1施設あたり500万円を限度額とするが、いずれも別表1の基準単価の範囲内とする(ただし、令和5年4月1日以降に生じた補助額については、令和5年度に適用する基準単価の範囲外とする。)

- 氏名、療養開始日、療養終了日、入院日を記載します。入院となった場合は、入院日が療養終了日になります。
- 基本的に療養日数は上限10日間です。症状が軽快しない方に限り、療養日数が最長15日間です。
- 療養期間内の日付に1を記載します。
- 通常分として、1人1日1万円となります。(本事例では25万円)
- 追加補助分として、定員29人以下なら同一日に2人以上で1人1日1万円となります(本事例では24万円)。定員30人以上なら同一日に5人以上で1人1日1万円となります(計算上5万円が自動で算出されますが、本事例は定員29人以下のため、定員30人以上の欄については計上不可です。)(令和5年9月30日まで。10月以降は左上記)

4 第1号様式別紙(1) 作成について

第1号様式別紙(1)[令和5年度に生じた費用分]

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補助金交付申請額算出内訳

申請者名(法人・団体名) 株式会社 △△

(注1) 1E欄には、第1号様式別紙(2)の所要額②(施設内療養費分)の金額を記入すること。

(注2) 1F欄には、第1号様式別紙(2)の基準単価の金額を記入すること。

(注3) 1G欄には、1C-1E、1D-1E及び1F欄を比較して最も低いものに、1Eを加えた金額を記入すること。

(注4) 1H欄には、1Gの千円未満の端数を切り捨てた金額を記入すること。

(注5) 1J欄には、既交付決定額のうち、施設内療養費分を記入すること。

(単位:円)

No.	介護保険事業所番号	施設名・事業所名	サービス種別	要綱別表1 ア又はイに該当する場合										要綱別表1 ウに該当する場合								備考
				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等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 ※ 令和5年4月1日から令和5年6月7日までに生じた費用は、「感染者と接触があった者」を「濃厚接触者」と読み替えるものとする。										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								
1A	1B	1C(1A-1B)	1D	1E (注1)	1F (注2)	1G (注3)	1H (注4)	1I	1J (注5)	1K(1H-1J)	2A	2B	2C(2A-2B)	2D	2E	2F	2G	2H	2I(2G-2H)			
1	1400000000	□□□□	療養介護(有料型)	927,900	0	927,900	927,900	490,000	972,000	927,900	927,000	0	0	927,000	0	0	0	0	0	0	0	
2						0				0	0			0					0		0	
3						0				0	0			0					0		0	
4						0				0	0			0					0		0	
5						0				0	0			0					0		0	
6						0				0	0			0					0		0	
7						0				0	0			0					0		0	
8						0				0	0			0					0		0	
9						0				0	0			0					0		0	
10						0				0	0			0					0		0	
11						0				0	0			0					0		0	
12						0				0	0			0					0		0	
13						0				0	0			0					0		0	
14						0				0	0			0					0		0	
15						0				0	0			0					0		0	
合計				927,900	0	927,900	927,900	490,000	972,000	927,900	927,000	0	0	927,000	0	0	0	0	0	0	0	

○今回の受付申請から、高齢施設課と介護事業指導課の所管サービスを併せて、申請することはできず、別々に申請する必要があります。

(例：老健と通りハの同時申請は不可。別々に申請します。)

○令和5年4月1日以降に生じた施設内療養費については、基準単価の範囲外となりました。したがって、G欄の選定額には、施設内療養費を引いたC欄及びD欄、基準額の3つを比較して最も低いものに、施設内療養費を加えた金額を記入します。

○K欄の差引額には、H欄から令和5年度に生じた費用に係る既交付決定額(うち施設内療養費除く)を引いた金額を記入します。

5 サービス提供体制確保事業補助金交付申請書兼実績報告書 作成について

第1号様式（第8条第1項）

令和5年7月1日

(申請先)
横浜市長

(申請者)
法人名 株式会社 △△

所在地 横浜市中区本町△-△-△

代表者職氏名 代表取締役 ○○ ○○

横浜市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補助金交付申請書兼実績報告書

横浜市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補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則（平成 17 年 11 月 30 日横浜市規則第 139 号）及び横浜市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補助金交付要綱を遵守します。

1 申請金額
927,000 円

2 添付書類
(1) 第1号様式別紙(1)申請額算出内訳
(2) 第1号様式別紙(2)事業所・施設別個表
(3) 第1号様式別紙(3)精算内訳・費目詳細
(4) 支出を証する書類等

(担当者)
職氏名 管理者 ○○ △△
連絡先 045-671-○○○○
メールアドレス ……@…

- 申請者の所在地について、誤って事業所の所在地を記載しているものがあります。正しくは法人の所在地を記載します。
- 申請者の代表者職氏名について、職名（理事長等）も漏れずに記載します。
- 本市において、介護情報サービスかながわに登録しているデータと突合を行っています。
- 上記登録データに変更がある場合については、必要に応じ、変更届の提出もお願いします。
- 第1号様式別紙（1）K欄と同額を申請金額に転記します。
- 担当者を正確に記載します。

6 チェックシート 作成について

チェックシート（サービス提供体制確保事業補助金申請）		
※ 令和5年度費用に係る変更箇所は、赤字となっています。		R5.8作成（R5費用版）
確認項目	確認した	該当なし
1 サービス提供体制確保事業補助金交付申請書兼実績報告書（第1号様式）		
1 申請書の所在地は、事業所の所在地ではなく、法人の所在地を記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 申請書の代表者職名は、職名（理事長等）も漏れずに記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 第1号様式別紙（1）		
1 1 G欄の請求額には、施設内療養費を引いたC欄及びD欄、基準額の3つを比較して最も低いものに、施設内療養費を加えた金額を記載した。（施設内療養費は基準単価の範囲外）	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 1 K欄の算出額には、H欄から令和5年度に生じた費用に係る取交付決定額（うち施設内療養費除く）を引いた金額を記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 第1号様式別紙（2）		
1 事業所・施設における新型コロナウイルス感染状況について、今回申請に係る全ページを記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 発症日（又は症状発症日）について、すべて正確に記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 （施設内療養費を申請する場合（※））施設内療養費は、基準単価の範囲外となったため、他の品目と分けて、積算内訳に記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 第1号様式別紙（3）		
1 通し番号は、上から順番に連番で付番した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 領収書・振込完了確認資料番号は、通し番号と同一番号を付番した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 金額は、すべて税抜で記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 発症日（又は症状発症日）より前に発注等を行ったものはない。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 支出を証する資料等		
1 第1号様式別紙（3）の通し番号に対応する番号を補記した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 対象品目には、マーカーを引いた。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 領収金額の内数（不一致）となる場合は、対象品目の購入金額（税抜）を補記した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（1）需用費（衛生資材等購入）		
1 品目名が全部記載されているもの（請求書・納品書等）及び領収が確認できるもの（領収書等）を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 体温計、パルスオキシメーター、パーテーション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツ等の器具・備品、おむつは含まれていない。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）賠償資金・手当		
1 時間外手当計上シート、危険手当計上シート及び賞金台帳を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 時間外手当計上シート、危険手当計上シートは、支給月の単位で作成した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 手当計上シートの通し番号に対応するよう、賞金台帳を並べた。又は賞金台帳の氏名の欄に手当計上シートを記載した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 手当計上シートの通し番号に対応するよう、賞金台帳に番号を補記した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 賞金台帳の対象手当の部分に、マーカーを引いた。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 手当計上シートの（参考）手当計（円）について、賞金台帳の当該月の手当支給額と一致している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 手当計上シートのコロナ対応対象残業手当について、（参考）手当計（円）の内数となっている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（3）施設内療養		
1 補助対象事業所・施設（※）である。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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（別添資料2-1）及び積算資料を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 （令和5年5月8日（5類化）以降に生じた施設内療養費を申請する場合）令和5年4月3日付「高齢者施設における新型コロナウイルス対応体制等調査の実施について（依頼）」等において、補助要件のすべてを満たしていること電子申請システムで回答している。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 （令和5年5月8日（5類化）以降に生じた施設内療養費を申請する場合）申請日時点において、上記調査で回答した①医療機関の確保・研修及び訓練の実施②オミクロン株対応ワクチンの接種の要件をすべて満たしている。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（4）宿泊費（帰宅困難職員）		
1 宿泊者名、宿泊日及び宿泊費が確認できる領収書、帰宅困難職員が発生した経緯を記載した資料を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（5）職業紹介料		
1 発注日、勤務実態（勤務日・従事人数等）及び金額等の記載があり、領収されたことが確認できるもの（領収書等）を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（6）消毒・清掃		
1 発注日、実施日及び金額等の記載があり、領収されたことが確認できるもの（領収書等）を添付した。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- チェックシートの確認項目を見て、「確認した」にチェックを入れます。
- 5（1）～（6）のうち、補助対象経費として申請しないものについては、「該当なし」にチェックを入れます。
- 本チェックシートは、申請書類一式と併せて提出します。
- 本チェックシートの内容に沿わないまま、申請を行うと、確認や修正等に時間を要します。
- 円滑な補助金交付のため、事業者の皆さまにおかれましては、漏れなく丁寧にご確認いただきますよう、お願い申し上げます。

7 各課の所管サービスについて

施設・事業所種別	所管課
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 養護老人ホーム 軽費老人ホーム 有料老人ホーム サービス付き高齢者向け住宅 短期入所生活介護事業所 短期入所療養介護事業所	高齢施設課
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を含む) 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 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 居宅介護支援事業所 福祉用具貸与事業所 居宅療養管理指導事業所 小規模多機能型居宅介護事業所 看護小規模多機能型居宅介護事業所 認知症対応型共同生活介護事業所	介護事業指導課

○今回の受付申請から、高齢施設課と介護事業指導課の所管サービスを併せて、申請することはできず、別々に申請する必要があります。

(例：老健と通りハの同時申請は不可。別々に申請してください。)

○従前どおり、同一所管課内のサービスは、併せて申請可能です。

(例：認知デイと認知症GHの同時申請は可能です。)