

令和5年度山形県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費補助金交付要綱

(目的及び交付)

第1条 知事は、新型コロナウイルス感染症の流行下においても、介護サービスを継続して提供できる体制を確保するため、山形県補助金等の適正化に関する規則（昭和35年8月県規則第59号。以下「規則」という。）及びこの要綱に基づき、予算の範囲内で介護サービス事業所・施設等に対し補助金を交付する。

(定義)

第2条 この要綱における介護サービス事業所・施設等について、以下のとおり定義する。

- (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（次条（1）イの事業を除く）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

(補助事業者)

第3条 この補助金の対象事業者（以下、「補助事業者」という。）は、次に規定する介護サービス事業所・施設等を有する事業者とする。

- (1) 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（休業要請を受けた事業所・施設等を含む）
  - イ 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）
  - ロ 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
  - ハ 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

設等（イ、ロの場合を除く）

ニ 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

(2) 新型コロナウイルス感染者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

(1) のイ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、感染の未然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））

(3) 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

イ (1) のイに該当する介護サービス事業所・施設等

ロ 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

（補助対象事業）

第4条 介護サービス事業所・施設等が、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について支援を行うこととし、新型コロナウイルス感染症への対応において、通常の介護サービスの提供では想定されないかかり増し費用のうち、令和5年1月1日以降に事業完了した分を助成する。

2 次の各号に掲げる要件を満たすものを対象とする。

(1) 前条(1)イ、ロに該当する事業所・施設等

イ 職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保に係る費用として、以下に該当するもの。

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当（令和5年10月1日以降に支給された当該割増賃金・手当のうち、新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当については、職員一人につき、日額による支給の場合には1日あたり4千円を補助上限とし、1月あたり2万円を限度額とする。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を補助上限の限度額とする。以下同じ。）、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用（別添1のとおり。（介護施設等に限る））

ロ 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として、以下に該当するもの。

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用

ハ 介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用

ニ 感染性廃棄物の処理費用

ホ 感染者又は感染者と接触があった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

ヘ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用として、以下に該当するもの。  
代替場所の確保（使用料）、ヘルパー同行指導への謝金、代替場所や利用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用、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）

※ロ、へは、代替サービス提供期間の分に限る。

(2) 前条 (1) ハに該当する介護施設等

職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保に係る費用として、以下に該当するもの。

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用（別添 1 のとおり。（介護施設等に限る））

(3) 前条 (1) ニに該当する高齢者施設等

イ 職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保に係る費用として、以下に該当するもの。

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用（別添 1 のとおり。（介護施設等に限る））

ロ 介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用

ハ 感染性廃棄物の処理費用

ニ 感染者又は感染者と接触があった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

ホ 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用（令和 5 年 5 月 7 日まで  
は別添 2－1、令和 5 年 5 月 8 日以降は別添 2－2 のとおり。（高齢者施設等に限る））

(4) 前条 (2) に該当する事業所

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として、以下に該当するもの。

緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、代替場所の確保（使用料）、ヘルパー同行指導への謝金、代替場所や利用者宅への旅費、訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用、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）

※代替サービス提供期間の分に限る

(5) 前条 (3) に該当する事業所

連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用として、以下に該当するもの。

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及び感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣のための、緊急雇用にかかる費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、職員派遣に係る旅費・宿泊費

（補助金の額）

第 5 条 補助金の額は、交付要綱別添 3 に掲げる基準額と、令和 5 年 1 月 1 日以降に事業完了となった対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額とする。ただし、算出された額に 1,000 円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

2 クラスター発生等により、前項によりがたい場合は、知事に協議するものとする。

3 交付要綱別添 3 に定める基準単価は、年度単位で適用する。

（交付の申請及び実績報告）

第 6 条 補助金交付申請書（規則別記様式第 1 号）の提出期限は、知事が別に定める日とし、添付すべき書類は、次のとおりとする。

- (1) 所要額調書（別記様式第 1 号）
- (2) 事業所別申請額一覧（別記様式第 2 号）
- (3) 事業所別個票（別記様式第 3 号）
- (4) その他知事が必要と認める書類

2 前項の補助金交付申請書は、補助事業実績報告書を兼ねるものとする。

（交付の条件）

第 7 条 この補助金の交付の決定には、次の条件が付されるものとする。

- (1) 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、規則第 22 条ただし書の規定により知事が定める期間を経過するまで、知事の承認を受けないで、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。
- (2) 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。
- (3) 補助事業者は、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補助金の額の確定の日（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、又は規則第 22 条ただし書の規定により知事が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なければならない。
- (4) 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県に納付させることがある。
- (5) 規則第 22 条の規定により、財産処分について知事の承認を受けようとするときは財産処分等承認申請書（別記様式第 4 号）に理由書を添えて知事に提出しなければならない。
- (6) 規則第 22 条ただし書の規定により知事が定める期間は、補助事業等により取得し、又は効用の増加した財産の処分制限期間（平成 20 年 7 月 11 日厚生労働省告示第 384 号）に定める処分制限期間を経過するまでの期間とする。
- (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れ控除税額が確定した場合（仕入れ控除税額が 0 円の場合を含む。）には、確定申告を行った日から 30 日以内、確定申告を行わない場合にあっては会計年度終了後 30 日以内に、消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額報告書（別記様式第 5 号）により知事に報告しなければならない。なお、補助金に係る仕入れ控除税額があることが確定した場合には、当該仕入れ控除税額を県に返還しなければならない。

（交付決定の取消し）

第 8 条 知事は、補助金の交付を受けた補助事業者が次の各号のいずれかに該当する場合には、交付決定を取り消し、補助金の全額を返還させることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けたとき。
- (2) 規則又はこの要綱に違反する行為があったとき。

（交付決定までの標準的期間）

第9条 知事は第6条に定める申請書が到達した日から起算して、原則として2月以内に交付を決定のうえ、補助金額を確定し、通知する。

(書類の提出)

第10条 この補助金に関して知事に提出する書類は1部とし、山形県健康福祉部高齢者支援課に提出するものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年8月28日から施行し、令和5年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、令和5年10月18日から施行し、令和5年10月1日から適用する。

本交付要綱第 4 条 2 の対象経費に記載する経費のうち、「一定の要件に該当する自費検査費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

高齢者は、症状が重症化しやすい者が多く、クラスターが発生した場合の影響が極めて大きいため、重症化リスクが高い者が多く入所する高齢者施設における陽性者が発生した場合の周囲の者への検査や従事者への集中的検査を地方自治体が実施する場合には行政検査として取り扱うこととされていることを踏まえて、以下の介護施設等を対象とする。

(対象施設等)

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 助成の内容及び要件

以下の要件に該当する自費での検査費用（抗原定性検査キット、試薬等購入費用を含む）を助成対象とする。

### 1 の対象施設等において、

- ・感染者（令和 4 年度分については濃厚接触者）と同居する職員
- ・発熱等の症状（※）を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員（令和 4 年度分のみ）

※「症状」とは、新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱、呼吸器症状、頭痛、全身倦怠感等の症状を指す。

- ・面会後に、面会に来た家族が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者などの者に対して、施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関の判断では行政検査の対象とはされず、個別に検査を実施する場合であって、以下の①及び②の要件に該当する場合とする。

① 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、又は感染拡大地域における施設等であること。

② 保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に、施設等の判断で実施した自費検査であること。

※なお、自費検査を行った施設等において行政検査の対象とならなかった経緯を記載した理由書を作成し本事業の申請書と併せて県に提出すること。

※感染者が確認された場合には、令和 4 年度分については、その後の検査は行政検査で行われることから、本事業の対象とはならない。令和 5 年度分については、上記①及び②を満たした場合には対象とする。

## 3 助成の上限額

一人 1 回あたりの補助上限額は 2 万円を限度とする。（ただし、別添 3 の補助単価

の範囲内)

#### 4 その他

職員や利用者の個別の状況、事情にかかわらず、事業者の判断で実施される定期的な検査や一斉検査は対象外とする。

本交付要綱第 4 条 2 の対象経費に記載する経費のうち、令和 5 年 5 月 7 日以前の「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

高齢者施設等において新型コロナウイルス感染症に利用者が罹患した場合に、病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養することとなり、保健所の指示等に基づき、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

### (対象事業所・施設)

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

## 2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域を分ける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施、担当職員を分ける等の勤務調整
- ④ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑤ 症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認

等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1 の対象事業所・施設であって、以下の（1）及び（2）の要件に該当する場合を補助対象とする。

※参考 1 のチェックリスト及び対象者リストを記載し、本事業の申請書と併せて提出すること。なお、チェックリストの内容について、実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合には、速やかに提出すること。

- (1) 保健所に入所者の入院を依頼したが、病床ひっ迫等により、保健所等から入所継続の指示があった場合など、やむを得ず施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 保健所の指示等に基づき、必要な体制を確保しつつ、施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑤を実施した高齢者施設等であること。

また、上記①～⑤に加え、以下の⑥も満たす日は、療養者毎に要するかかり増し費用について追加で補助を行う。

- ⑥ 小規模施設等（定員 29 人以下）にあつては施設内療養者が同一日に 2 人以上、大規模施設等（定員 30 人以上）にあつては施設内療養者が同一日に 5 人以上いること。

※別添 2－1 でいう「施設内療養者」は、令和 4 年 9 月 30 日までに発症した者については、発症後 15 日以内の者とする。

令和 4 年 10 月 1 日以降に発症した者については、発症日から起算して 10 日以内の者（発症日を含めて 10 日間）とする。ただし、発症日から 10 日間経過しても、



症状軽快\*後 72 時間経過していないために、基本となる療養解除基準（発症日から 10 日間経過し、かつ、症状軽快後 72 時間経過）を満たさない者については、当該基準を満たす日まで「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して 15 日目までを上限とする）。

なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

\*無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る検体採取日が令和 5 年 1 月 1 日以降の場合は、当該検体採取日から起算して 7 日以内の者（当該検体採取日を含めて 7 日間）を「施設内療養者」とする。なお、陽性確定に係る検体採取日が令和 4 年 12 月末日までの場合は、当該検体採取日を発症日として取り扱って差し支えない。

\*症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。

### 3 助成の上限額

施設内療養者一人あたり 1 日 1 万円を補助する。（一人あたり最大 15 万円を補助。）

また、2 の⑥の要件を満たす場合は、施設内療養者一人あたり一日 1 万円を追加補助する（一人あたり最大 15 万円を追加補助。）。

なお、補助額は別添 3 の補助単価の範囲内（ただし、令和 5 年 4 月 1 日以降に生じた助成額については、令和 5 年度に適用する基準単価の範囲外とする。）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。

本交付要綱第4条2の対象経費に記載する経費のうち、令和5年5月8日以降の「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用」の取扱は、以下のとおりとする。

## 1 助成対象

利用者が新型コロナウイルス感染症に罹患して施設内療養することとなり、施設内療養時の対応の手引きを参考に、感染対策の徹底、療養の質及び体制の確保等を実施した、高齢者施設等を対象とする。

(対象事業所・施設)

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

## 2 助成の内容及び要件

施設内療養を行う場合に発生する、通常のサービス提供では想定されない、

- ① 必要な感染予防策を講じた上でのサービス提供
- ② ゾーニング（区域を分ける）の実施
- ③ コホーティング（隔離）の実施
- ④ 担当職員を分ける等の勤務調整
- ⑤ 状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察
- ⑥ 症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローの確認

等を、必要な体制を確保しつつ行うことに伴う追加的な手間について、療養者毎に要するかかり増し費用とみなし、助成対象とする。

1の対象事業所・施設であって、以下の(1)から(5)の要件全てに該当する場合を補助対象とする。

※参考2及び参考3のチェックリスト並びに対象者リストを記載し、本事業の申請書と併せて提出すること。なお、チェックリストの内容について、実施したことが分かる資料を保存しておき、求めがあった場合には、速やかに提出すること。

- (1) 施設内療養することとなった高齢者施設等であること。
- (2) 施設内療養時の対応の手引きを参考に、①～⑥を実施した高齢者施設等であること。
- (3) 利用者に新型コロナウイルス感染者が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保している高齢者施設等であること（自施設の医師が対応を行う場合も含む）。
  - ・施設からの電話等による相談への対応
  - ・施設への往診（オンライン診療を含む）
  - ・入院の可否の判断や入院調整
- (4) 感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施している高齢者施設等であること。
- (5) 希望する利用者へのオミクロン株対応ワクチンの接種を実施している高齢者施設等であること。

さらに、上記①～⑥に加え、以下の⑦を満たす日は、療養者毎に要するかか

り増し費用について追加で補助を行う。

⑦ 施設内療養者が定員規模に応じて以下の人数を満たすこと。

	令和5年5月8日から 9月30日まで	令和5年10月1日 以降
小規模施設等（定員29人以下）	同一日に2人以上	同一日に4人以上
大規模施設等（定員30人以上）	同一日に5人以上	同一日に10人以上

※別添2-2でいう「施設内療養者」は、発症日から起算して10日以内の者（発症日を含めて10日間）とする。ただし、発症日から10日間を経過していなくても、発症後5日間を経過し、かつ、症状軽快\*1から24時間経過した者であって、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記①～⑥の措置を継続しないこととした場合については、当該措置を行った日まで\*2「施設内療養者」であるものとする。また、発症日から10日間経過し、かつ症状軽快から72時間経過していない者であって、高齢者施設等において療養が必要であると判断された者については、当該療養を行った日まで\*2「施設内療養者」であるものとする（ただし、発症日から起算して15日目までを上限とする）。

なお、いずれの場合も、途中で入院した場合は、発症日から入院日までの間に限り「施設内療養者」とする。

\*無症状患者（無症状病原体保有者）について、陽性確定に係る当該検体採取日から起算して7日以内の者（当該検体採取日を含めて7日間）を「施設内療養者」とする。ただし、発症日から7日間を経過していなくても、発症日から5日間経過した者であって、当該療養者や高齢者施設等の個別の状況を踏まえて上記①～⑥の措置を継続しないこととした場合については、当該措置を行った日まで「施設内療養者」であるものとする。

\*1症状軽快とは、解熱剤を使用せずに解熱し、かつ、呼吸器症状が改善傾向にあることとする。

\*2療養期間中であっても、上記①～⑥の措置が行われていない期間が存在した場合、当該期間は補助の対象外とする。

3 助成の上限額

施設内療養者一人あたり以下の金額を補助する。

	令和5年5月8日から 9月30日まで	令和5年10月1日 以降
2の①から⑥を満たす場合の補助	1日1万円 (最大15万円)	1日5千円 (最大7万5千円)
上記に加えて2の⑦の要件を満たす場合の追加補助	1日1万円 (最大15万円)	1日5千円 (最大7万5千円)

なお、補助額は別添3の補助単価の範囲外とし、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。

## 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) 4月1日～4月21日までに、利用者6名が陽性となりました。

県内は病床が逼迫した状況であったため、下記のと通りの対応となりました。

利用者A 3/31発症 4/1陽性確定 4/3〇〇〇病院へ入院・・・3日間施設内療養

利用者B 4/8発症 4/9陽性確定 4/15に〇〇〇病院へ入院・・・8日間施設内療養

利用者C 4/9発症 4/10陽性確定 無症状にて施設内療養 4/16療養解除・・・8日間施設内療養

利用者D 4/13検査 4/14陽性確定 無症状にて施設内療養 4/20療養解除・・・7日間施設内療養

利用者E 4/20発症 4/21陽性確定 病床逼迫にて施設内療養 4/30療養解除・・・10日間施設内療養

## 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（区域を分ける）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

## 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) 4月1日～4月21日までに、利用者6名が陽性となりました。

県内は病床が逼迫した状況であったため、下記のと通りの対応となりました。

利用者A 3/31発症 4/1陽性確定 4/3〇〇〇病院へ入院・・・3日間施設内療養

利用者B 4/8発症 4/9陽性確定 4/15に〇〇〇病院へ入院・・・8日間施設内療養

利用者C 4/9発症 4/10陽性確定 無症状にて施設内療養 4/16療養解除・・・8日間施設内療養

利用者D 4/13検査 4/14陽性確定 無症状にて施設内療養 4/20療養解除・・・7日間施設内療養

利用者E 4/20発症 4/21陽性確定 病床逼迫にて施設内療養 4/30療養解除・・・10日間施設内療養

## 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（区域を分ける）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・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

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の要件に関するチェックリスト

黄色セル→入力必須

施設種別		
①-1	<p>施設の入所者に新型コロナの感染者(疑い含む)が発生した際に、主に以下の対応を行う医療機関を確保済みですか。 (自施設の医師が対応を行う場合は△を選択してください。)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・施設からの電話等による相談への対応</li><li>・施設への往診 (オンライン診療含む)</li><li>・入院の要否の判断や入院調整(当該医療機関以外への入院調整も含む)</li></ul> <p>※上記 3 項目全て必須です。 ※協力医療機関や配置医が所属する医療機関が想定されますが、上記の対応が困難な場合は、それ以外の医療機関を確保してください。 ※自ら確保しようとしたものの、確保することが困難な場合には、貴施設所在の自治体にご相談した上で、医療機関を確保することを検討してください。 ※入所者により対応する医療機関が異なっても差し支えありませんが、全入所者について、対応する医療機関を確保済みであることが必要です。 ※入所者全員が普段は通院している者のみである場合であっても、必要に応じて往診できる体制が必要です。</p>	
①-2	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関名を右欄に記入してください。 (自施設の医師が対応を行う場合は、自施設の名称を記入してください。また、協力医療機関・配置医師が所属する医療機関等以外の医療機関でも可能です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、主な医療機関をひとつ記入してください。</p>	
①-3	<p>【①-1が○の場合のみ回答】 ①-1の医療機関に対し、上記の対応を行うことについて、事前の相談を行った年月を右欄に記入してください。 (自施設の医師が対応を行う場合は記入不要です。)</p> <p>※複数の医療機関と連携している場合は、①-2に記入した医療機関と事前の相談を行った年月を記入してください。 ※新型コロナウイルス感染症が生じた当初から事前の相談を行っていた場合等で、明確な相談時期を記載できない場合は、「2020年1月」と記入してください。</p>	
②-1	<p>全職員に対して、感染症の予防及びまん延防止のための研修を実施済みですか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含みます。)</p> <p>※当該研修の実施については、令和 3 年介護報酬改定により、令和 3 年 4 月から運営基準上の努力義務となっています (令和 6 年度から完全義務化)。</p>	
②-2	<p>【②-1が○の場合のみ回答】 直近での研修の実施年月日を右欄に記入してください。(本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
②-3	<p>感染症の予防及びまん延防止のための訓練を実施していますか。 (本調査回答時点では未実施であるが、令和5年5月7日までに実施予定の場合も含みます。)</p> <p>※当該訓練の実施については、令和 3 年介護報酬改定により、令和 3 年 4 月から運営基準上の努力義務となっています (令和 6 年度から完全義務化)</p>	
②-4	<p>【②-3が○の場合のみ回答】 直近での訓練の実施年月日を右欄に記入してください。 (本調査回答時点で未実施の場合は予定年月日)</p>	
③-1	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン (1回目) の施設単位での接種は実施済みですか。</p> <p>※住民接種により対応した場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-2	<p>【③-1が○の場合のみ回答】 直近で、入所者に対して接種の機会を設けた年月日を記載してください。</p>	
③-3	<p>希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチン (2回目) の施設単位での接種を実施する予定がありますか。</p> <p>※住民接種により対応する場合においては、入所者への接種勧奨及び接種状況の把握を行っている場合に限り、△を選択してください。</p>	
③-4	<p>【③-3が○の場合のみ回答】 接種を実施する予定年月日を記載してください。(予定日が確定していない場合は、概ねの時期を記載)</p>	

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。

施設名	
代表者名	
記入日	令和    年    月    日

施設内療養に要する費用の補助に係る対象者リスト

事業所名

事業所種別

施設規模

	利用者名	施設内療養開始日	施設内療養終了日	施設内療養日数	備考
1					令和〇年〇月〇日入院
2					
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					
29					
30					
合計	0人				



【別添3】令和5年度山形県新型コロナウイルス感染症に係る介護事業所等に対するサービス継続支援事業（基準単価）

基準単価（単位：千円、1事業所又は1定員当たり）

助成対象				(イ) 交付要綱第3条(1)に該当する事業所		(ロ) 交付要綱第3条(2) に該当する事業所		(ハ) 交付要綱第3条(3)に該当する事業所	
				各サービス共通				各サービス共通	
通所系	1	通所介護事業所	通常規模型	537	/事業所	537	/事業所	268	/事業所
	2		大規模型(Ⅰ)	684	/事業所	684	/事業所	342	/事業所
	3		大規模型(Ⅱ)	889	/事業所	889	/事業所	445	/事業所
	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)		231	/事業所	231	/事業所	115	/事業所
	5	認知症対応型通所介護事業所		226	/事業所	226	/事業所	113	/事業所
	6	通所リハビリテーション事業所	通常規模型	564	/事業所	564	/事業所	282	/事業所
	7		大規模型(Ⅰ)	710	/事業所	710	/事業所	355	/事業所
	8		大規模型(Ⅱ)	1,133	/事業所	1,133	/事業所	567	/事業所
短期入所系	9	短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所		27	/定員	－		13	/定員
訪問系	10	訪問介護事業所		320	/事業所	－		160	/事業所
	11	訪問入浴介護事業所		339	/事業所	－		169	/事業所
	12	訪問看護事業所		311	/事業所	－		156	/事業所
	13	訪問リハビリテーション事業所		137	/事業所	－		68	/事業所
	14	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		508	/事業所	－		254	/事業所
	15	夜間対応型訪問介護事業所		204	/事業所	－		102	/事業所
	16	居宅介護支援事業所		148	/事業所	－		74	/事業所
	17	福祉用具貸与事業所		－		－		282	/事業所
多機能型	18	居宅療養管理指導事業所		33	/事業所	－		16	/事業所
	19	小規模多機能型居宅介護事業所		475	/事業所	－		237	/事業所
	20	看護小規模多機能型居宅介護事業所		638	/事業所	－		319	/事業所
入所施設・ 居住系	21	介護老人福祉施設		38	/定員	－		19	/定員
	22	地域密着型介護老人福祉施設		40	/定員	－		20	/定員
	23	介護老人保健施設		38	/定員	－		19	/定員
	24	介護医療院		48	/定員	－		24	/定員
	25	介護療養型医療施設		43	/定員	－		21	/定員
	26	認知症対応型共同生活介護事業所		36	/定員	－		18	/定員
	27	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(定員30人以上)		37	/定員	－		19	/定員
	28	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(定員29人以下)		35	/定員	－		18	/定員
助成額				・1事業所・施設等につき、第3条(1)、(2)、(3)それぞれを基準単価まで助成することができる。 ・令和5年10月1日以降に支給された「割増賃金・手当」のうち、新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当については、職員一人につき、日額による支給の場合には1日あたり4千円を補助上限とし、1月あたり2万円を限度額とする。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を補助上限の限度額とする。 ・事業所・施設等ごとに、基準単価と対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額を助成額とする。なお、助成額に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。 なお、イ及びハの事業所・施設等のうち特別な事情により基準単価を超える必要がある場合については、個別協議を実施し、厚生労働省が特に必要と認める場合に限り、基準単価を上乗せすることができる。					

※1 事業所・施設等について、助成の申請時点で指定等を受けているものであり、休業中のものを含む。また、

- 各介護予防サービスを含むが、介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別(上記1～28)により助成する。

・介護予防・日常生活支援総合事業(指定サービス・介護予防ケアマネジメント)を実施する事業所は、通所型は通所介護事業所(通常規模型)と、訪問型は訪問介護事業所と、介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所と同じとするが、介護サービスと総合事業の両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別(上記1～28)により助成する。

- 通所介護及び通所リハビリテーションの事業所規模は、介護報酬上の規模区分であり、助成の申請時点で判断すること。

※2 「通所系サービス事業所の職員により利用者の居宅への訪問によるサービス提供を行った事業所」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の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第2報)」(令和2年2月24 日厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室、振興課、老人保健課連名事務連絡)別紙1の2に基づきサービス提供している事業所を指す。

※3 「自主的に休業」とは、各事業者が定める運営規程の営業日において、営業しなかった日(通所系サービス事業所が※2の訪問によるサービスのみを提供する場合を含む)が連続3日以上の場合を指す。



(規則別記様式第 1 号)

番 号

令和 年 月 日

山形県知事 吉村 美栄子 殿

申請者 住 所

名 称

代表者職氏名

令和 5 年度山形県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費補助金交付申請書

令和 5 年度において、令和 5 年度山形県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費補助金 円を交付されるよう、山形県補助金等の適正化に関する規則第 5 条の規定により関係書類を添付して申請する。

**添付書類**

- (1) 所要額調書 (別記様式第 1 号)
- (2) 事業所別申請額一覧 (別記様式第 2 号)
- (3) 事業所別個票 (別記様式第 3 号)
- (4) 自費検査に係る理由書 (自費検査費用を申請する場合)
- (5) 施設内療養チェックリスト (施設内療養費用を申請する場合)
- (6) 申請金額を確認できる書類 (領収証等の写し)
- (7) 振込先口座情報登録用紙及び振込口座情報が確認できる通帳の写し

(別記様式第3号) 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〇〇			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〇〇			12345678
	サービス種別	介護老人福祉施設	定員	50	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 990 - 8570 ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載 山形県山形市松波 2 丁目 8 番 1 号			
	感染発生日	① 令和4年12月1日	② 令和5年1月20日	③ 令和5年3月4日	
	感染対応期間	12月1日 ~ 12月20日	1月20日 ~ 2月15日	3月4日 ~ 3月10日	
	最終支払日（事業完了日）	令和5年1月7日	令和5年3月15日	令和5年3月31日	
	連絡先	電話番号	023-630-△△△△	E-mail	ykorei@pref.yamagata.jp
	管理者の氏名	□□□□			
区分		<input checked="" type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input checked="" type="checkbox"/> 第3条(3)			

第3条(1)、(2)

基準単価1,900千円所要額1,252千円

助成対象の区分	(1)	※下から該当する区分を選択して記入	※別紙の①の額の千円未満切り捨て
(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む) (2) 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			

＜積算内訳＞		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
施設内療養費用	300,000	15名 10日分
衛生用品費	152,487	マスク5箱、手袋12箱・・・
割増賃金	750,000	時間外給与 25名分
宿泊費	50,000	職員3名 延べ6日分
合計(①)	1,252,487	

第3条(3)

基準単価950千円所要額30千円

助成対象の区分	(3)イ	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※別紙の②の額の千円未満切り捨て
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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
割増賃金	30,000	併設事業所への応援派遣に伴う時間外給与
合計(②)	30,000	

別記様式第 1 号

令和 5 年度山形県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費補助金所要額調書

【令和 4 年度（令和 5 年 3 月 31 日まで）に生じた費用分】

連絡先	職名	氏名	電話番号	E-mail
申請に関する担当者				

所 要 （ 実 績 ） 額	基 準 額	県 補 助 基 本 額	県 補 助 所 要 額	備 考
A 円	B 円	C 円	D 円	
0	0	0	0	

- 1 A欄には、「別記様式第 2 号 事業所別申請額一覧」の「所要（実支出）額」欄の合計額を記入する。
- 2 B欄には、交付要綱別添 3 に定める基準額の事業所ごとの合計額を記入する。
- 3 C欄には、A 欄、B 欄を比較して少ない額を記入する。
- 4 D欄には、「別記様式第 2 号 事業所別申請額一覧」の「申請額」欄の合計額を記入する。

別記様式第2号 事業所別申請額一覧【令和4年度(令和5年3月31日まで)に生じた費用分】

(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	第3条(1)、(2)			第3条(3)			申請額計(g)
				基準単価(a)	所要(実支出)額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要(実支出)額(e)	申請額(f)	
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 「基準単価(a)」及び「基準単価(d)」は、交付要綱別添3に記載された基準単価を記入すること。(自動計算)
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は別記様式第3号「事業所別個票」に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。(自動計算)
- 4 「申請額(c)」は、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。(自動計算)
- 5 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。(自動計算)

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額	千円
------------	------	----	-----	----

助成対象の区分		※下から該当する区分を選択して記入	※①の額の千円未満切り
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居家でサービスを提供する通所系サービス事業所</p>			

＜積算内訳＞		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※②の額の千円未満切り
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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(②)	0	

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額	千円
------------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を選択して記入	※①の額の千円未満切り
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 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</p>		

< 積算内訳 >		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※②の額の千円未満切り
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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(②)	0	

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額	千円
------------	------	----	-----	----

助成対象の区分		※下から該当する区分を選択して記入	※①の額の千円未満切り
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 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</p>			

< 積算内訳 >		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※②の額の千円未満切り
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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(②)	0	

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額	千円
------------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を選択して記入	※①の額の千円未満切り
(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む) (2) 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		

< 積算内訳 >		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※②の額の千円未満切り
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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(②)	0	



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							
	サービス種別						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>					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額	千円
------------	------	----	-----	----

助成対象の区分		※下から該当する区分を選択して記入	※①の額の千円未満切り
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 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</p>			

＜積算内訳＞		
費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
合計(①)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※②の額の千円未満切り
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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(②)	0	

振込先口座情報

1 補助事業者名

フリガナ	
氏名	

2 補助事業者住所

フリガナ	
住所	

3 振込み先口座

金融機関コード	店番号	金融機関名	本支店名

※口座番号が7ケタ未満の場合は、右づめで空欄に0を記入、7ケタを超える場合は最初の7文字を記入願います

預金種別	口座番号

口座名義人（カタカナで記入してください）

※通帳表紙及び見開き（カナ口座名義記載ページ）の写しを添付すること

(別記様式第3号)事業所・施設別個票【令和5年度(令和5年4月1日以降)に生じた費用分】

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〇〇			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〇〇			12345678
	サービス種別	介護老人福祉施設	定員	50	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 990 - 8570 ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載 山形県山形市松波2丁目8番1号			
	感染発生日	① 令和 5 年 4 月 1 日	② 令和 5 年 6 月 3 日	③ 令和 5 年 7 月 1 日	
	感染対応期間	4 月 1 日 ~ 4 月 15 日	6 月 3 日 ~ 6 月 20 日	7 月 1 日 ~ 7 月 15 日	
	最終支払日(事業完了日)	令和 5 年 5 月 1 日	令和 5 年 6 月 30 日	令和 5 年 7 月 15 日	
	連絡先	電話番号	023-630-△△△△	E-mail	ykorei@pref.yamagata.jp
	管理者の氏名	□□□□			
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)				

第3条(1)、(2)	基準単価	1,900 千円	所要額① (施設内療養費を除く)	952 千円	所要額 ②	4,500 千円
------------	------	----------	---------------------	--------	----------	----------

助成対象の区分	(1)	※下から該当する区分を選択して記入	※別紙の①の額の千円未満切り捨て
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 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</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
衛生用品費	152,487	マスク5箱、手袋12箱……
割増賃金	750,000	時間外給与 25名分
宿泊費	50,000	職員3名 延べ6日分
合計(①)	952,487	

＜積算内訳②:施設内療養費分＞		
費目	所要額②(円)	用途・品目・数量等
施設内療養費用	4,500,000	15名 15日分
合計(②)	4,500,000	

第3条(3)	基準単価	950 千円	所要額	千円
--------	------	--------	-----	----

助成対象の区分	※下から該当する区分を1つ選択して記入	※別紙の②の額の千円未満切り捨て
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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		

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--

別記様式第 1 号

令和 5 年度山形県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費補助金所要額調書

【令和 5 年度（令和 5 年 4 月 1 日以降）に生じた費用分】

連絡先	職名	氏名	電話番号	E-mail
申請に関する担当者				

所 要 （ 実 績 ） 額 A 円	基 準 額 B 円	県 補 助 基 本 額 ① C 円	県 補 助 基 本 額 ② D 円	県 補 助 所 要 額 E 円	備 考
0	0	0	0	0	

- 1 A欄には、「別記様式第 2 号 事業所別申請額一覧」の「所要（実支出）額」欄の合計額を記入する。
- 2 B欄には、交付要綱別添 3 に定める基準額の事業所ごとの合計額を記入する。
- 3 C欄には、「別記様式第 2 号 事業所申請額一覧」の基準単価と、「所要（実支出）額①(b)」欄及び「所要（実支出）額(f)」欄の合計額を比較して少ない額を記入する。
- 4 D欄には、「別記様式第 2 号 事業所申請額一覧」の「所要（実支出）額②(c)」欄の合計額を記入する。
- 5 E欄には、「別記様式第 2 号 事業所別申請額一覧」の「申請額」欄の合計額を記入する。

別記様式第2号 事業所別申請額一覧【令和5年度(令和5年4月1日以降)に生じた費用分】

(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	第3条(1)、(2)				第3条(3)			申請額計(h)
				基準単価(a)	所要(実支出)額①(b)	所要(実支出)額②(c)	申請額(d)	基準単価(e)	所要(実支出)額(f)	申請額(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 「基準単価(a)」及び「基準単価(e)」は、交付要綱別添3に記載された基準単価を記入すること。(自動計算)
- 3 「所要額①(b)」、「所要額②(c)」及び「所要額(f)」は別記様式第3号「事業所別個票」に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。(自動計算)
- 4 「申請額(d)」は、「基準単価(a)」と「所要額①(b)」を比較して低い方の額及び「所要額②(c)」の合計を、「申請額(g)」は、「基準単価(e)」と「所要額(f)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。(自動計算)
- 5 「申請額計(h)」は、「申請額(d)」と「申請額(g)」の合計額を記入すること。(自動計算)

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--



## 別記様式第3号 事業所別個票【令和5年度(令和5年4月1日以降)に生じた費用分】

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				
	サービス種別			定員	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載			
	感染発生日	① 令和      年      月      日	② 令和      年      月      日	③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間	月      日 ～ 月      日	月      日 ～ 月      日	月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）	令和      年      月      日	令和      年      月      日	令和      年      月      日	
	連絡先	電話番号		E-mail	
	管理者の氏名				
区分	<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)				

第3条(1)、(2)	基準単価	千円	所要額① (施設内稼働費を除く)	千円	所要額② (施設内稼働費を含む)	千円
------------	------	----	---------------------	----	---------------------	----

助成対象の区分		※下から該当する区分を選択して記入	※千円未満切り捨て
<p>(1) 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(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>(2) 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</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
合計(①)	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
施設内療養費用		
合計(②)	0	

第3条(3)	基準単価	千円	所要額	千円
--------	------	----	-----	----

助成対象の区分		※下から該当する区分を1つ選択して記入	※千円未満切り捨て
(3) 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 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 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			

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--

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							
	サービス種別						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>					
	感染発生日		① 令和    年    月    日		② 令和    年    月    日		③ 令和    年    月    日	
	感染対応期間		月    日 ～ 月    日		月    日 ～ 月    日		月    日 ～ 月    日	
	最終支払日（事業完了日）		令和    年    月    日		令和    年    月    日		令和    年    月    日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--

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							
	サービス種別						定員	人
	事業所・施設の所在地		(郵便番号      -      ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載					
	感染発生日		① 令和      年      月      日		② 令和      年      月      日		③ 令和      年      月      日	
	感染対応期間		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日		月      日 ～ 月      日	
	最終支払日（事業完了日）		令和      年      月      日		令和      年      月      日		令和      年      月      日	
	連絡先		電話番号				E-mail	
	管理者の氏名							
区分		<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) <input type="checkbox"/> 第3条(3)						

[illegible]

合計(②)	0	
-------	---	--



振込先口座情報

1 補助事業者名

フリガナ	
氏名	

2 補助事業者住所

フリガナ	
住所	

3 振込み先口座

金融機関コード	店番号	金融機関名	本支店名

※口座番号が7ケタ未満の場合は、右づめで空欄に0を記入、7ケタを超える場合は最初の7文字を記入願います

預金種別	口座番号

口座名義人（カタカナで記入してください）

※通帳表紙及び見開き（カナ口座名義記載ページ）の写しを添付すること

令和 年 月 日

山形県知事 吉 村 美栄子 殿

申請者 名 称  
住 所  
代表者職氏名

令和5年度山形県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費補助金に係る財産処分承認申請書

令和 年 月 日付け高支第 号で交付決定通知があった標記補助事業により取得した財産を、下記のとおり処分したいので、山形県補助金等の適正化に関する規則22条の規定に基づき申請します。

記

- 1 処分の種類 (該当するものに○)  
【 転用・有償譲渡・有償貸付・無償譲渡・無償貸付・交換・抵当権の設定・取壊し又は廃棄 】
- 2 施設名
- 3 施設所在地
- 4 処分しようとする財産
- 5 処分の時期 年 月 日から  
( 年 月 日まで)
- 6 経緯及び処分の理由

--

令和 年 月 日

山形県知事

殿

(法人名)

(役職・代表者名)

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 第 号で交付決定を受けた令和 5 年度山形県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費補助金について、同補助金交付要綱第 7 条に基づき、下記のとおり報告する。

記

- 1 山形県補助金等の適正化に関する規則（昭和35年 8 月県規則第59号）第15条の規定による確定額

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（要交付金返還相当額）

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）を添付する。