

令和3年度秋田県介護サービス事業所等

感染症対策支援事業費補助金

申請マニュアル

Ver 2022.1.11

ご不明な点は、FAX またはメールでお問い合わせくださるようお願いいたします。

～お問い合わせ先～

秋田県 健康福祉部 長寿社会課

FAX : 018-860-3867 / メール : kaigo-query@mail2.pref.akita.jp

※事業開始後は多くの問い合わせが寄せられると想定されるため、県への問い合わせはFAX またはメールに限定させていただきます。お電話でのお問い合わせはご遠慮くださるよう、御理解とご協力をお願いします。

※また、厚生労働省及び国民健康保険中央会でもコールセンターを開設しております。電話番号は、本マニュアルの最後のページに記載しておりますのでそちらも御活用ください。

【更新履歴】

R4.1.11 (P12) 厚生労働省コールセンターの電話番号が変更になりました。

I. 事業内容

- 令和3年10月から12月末までの間の、衛生用品（マスク、手袋、消毒液など）、パーテーション、パルスオキシメーターの購入費用を補助金で支援します。
- 事業所・施設毎に、補助金の上限額があります。
- 申請受付期間は、令和4年1月4日（火）～1月31日（月）です。
- 原則として、秋田県国民健康保険団体連合会の「電子請求受付システム」によるインターネット申請となります（一部、例外があります）。

1. 補助対象・補助額

(1) 対象となる事業所・施設

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、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、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、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、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、特定施設入居者生活介護事業所及び地域密着型特定施設入居者生活介護事業所

※福祉用具貸与（販売含む）及び特定施設入居者生活介護（地域密着型含む）の指定を受けていない養護老人ホーム、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は、対象外となります。

※次に掲げる事業所・施設であって、医療機関等を対象とする国補助金（令和3年度新型コロナウイルス感染症拡大防止継続支援補助金）の交付を受ける場合は、対象外となります。

- 病院また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
- 病院また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

(2) 対象となる経費

(1)の対象となる事業所・施設における令和3年10月1日から12月31日までの衛生用品の購入費用及び感染防止対策に要する備品の購入費用（下記参照）

Q：補助対象となる「衛生用品」とは？

⇒その目的が感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品であって、マスク、手袋、消毒液、フェイスシールド、ゴーグル、ガウンなどの消耗品です。（ポータブルトイレやバケツなどの器具、おむつ、ティッシュ、抗原検査キットなどの購入費用は対象外です）

Q：補助対象となる「感染防止対策に要する備品」とは？

⇒今回の補助金では、パーテーション、パルスオキシメーターに限定されます。

(3) 補助額

事業所・施設ごとに、次ページの基準単価と対象経費に実際にかかった金額を比較して、少ない方の金額を補助します。なお、1,000円未満の端数は切り捨てとなります。

【基準単価表】

基準単価(単位:円、1事業所又は施設当たり)

事業所・施設の種別(※1)					事業所・施設の種別(※1)					
通所系	1		通常規模型	10,000	/事業所	地域密着型介護老人福祉施設	定員19人以下	10,000	/施設	
	2	通所介護事業所	大規模型(Ⅰ)	15,000	/事業所		30	定員20人以上	20,000	/施設
	3		大規模型(Ⅱ)	20,000	/事業所		31	定員39人以下	30,000	/施設
	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)		10,000	/事業所		32	定員40人以上 49人以下	40,000	/施設
	5	認知症対応型通所介護事業所		10,000	/事業所		33	定員50人以上 69人以下	50,000	/施設
	6		通常規模型	10,000	/事業所		34	定員70人以上 89人以下	60,000	/施設
	7	通所リハビリテーション事業所	大規模型(Ⅰ)	15,000	/事業所		35	定員90人以上	70,000	/施設
	8		大規模型(Ⅱ)	20,000	/事業所		36	定員29人以下	30,000	/施設
短期入所系	9	短期入所生活介護事業所		10,000	/事業所	37	定員30人以上 39人以下	40,000	/施設	
	10	短期入所療養介護事業所	定員20人以下	5,000	/事業所	38	定員40人以上 49人以下	50,000	/施設	
	11		定員21人以上	10,000	/事業所	39	定員50人以上 69人以下	60,000	/施設	
訪問系	12	訪問回数1,200回以下		10,000	/事業所	40	定員70人以上	70,000	/施設	
	13	訪問介護事業所	訪問回数1,201回以上 2,000回以下	15,000	/事業所	41	定員29人以下	30,000	/施設	
	14		訪問回数2,001回以上	20,000	/事業所	42	定員30人以上 39人以下	40,000	/施設	
	15	訪問入浴介護事業所		10,000	/事業所	43	定員40人以上 49人以下	50,000	/施設	
	16	訪問看護事業所		10,000	/事業所	44	定員50人以上 69人以下	60,000	/施設	
	17	訪問リハビリテーション事業所		5,000	/事業所	45	定員70人以上	70,000	/施設	
	18	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		10,000	/事業所	46	認知症対応型共同生活介護事業所	定員14人以下	10,000	/事業所
	19	夜間対応型訪問介護事業所		10,000	/事業所	47	定員15人以上	15,000	/事業所	
	20	居宅介護支援事業所		10,000	/事業所	48	定員19人以下	10,000	/事業所	
	21	居宅療養管理指導事業所		5,000	/事業所	49	定員20人以上 39人以下	20,000	/事業所	
多機能型	22	小規模多機能型居宅介護事業所		10,000	/事業所	50	定員40人以上 59人以下	30,000	/事業所	
	23	看護小規模多機能型居宅介護事業所		10,000	/事業所	51	特定施設入居者生活介護事業所	定員60人以上 69人以下	40,000	/事業所
入所施設・居住系	24		定員39人以下	30,000	/施設	52	定員70人以上 89人以下	50,000	/事業所	
	25		定員40人以上 49人以下	40,000	/施設	53	定員90人以上 99人以下	60,000	/事業所	
	26	介護老人福祉施設	定員50人以上 69人以下	50,000	/施設	54	定員100人以上	70,000	/事業所	
	27		定員70人以上 89人以下	60,000	/施設	55	地域密着型特定施設入居者生活 介護事業所	定員19人以下	10,000	/事業所
	28		定員90人以上	70,000	/施設	56	定員20人以上	20,000	/事業所	
対象経費				令和3年10月1日から12月31日までの衛生用品の購入費用及び感染症対策に要する備品の購入費用						
助成額				・1事業所・施設につき基準単価まで助成することができます。 ・事業所・施設ごとに、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。						

※1 事業所・施設について、令和3年10月から12月までの間に指定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1～56)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1～56)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。
- ・訪問介護の訪問回数については、令和3年10月の1か月における身体介護、生活援助及び通院等乗降介助の合計数で判断する。
- ・短期入所療養介護、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及び認知症対応型共同生活介護事業所の定員については、助成の申請時点で判断する。

※2 以下に掲げる事業所・施設であって、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補助金の交付を受ける場合は、本事業の対象としない。

- ・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

II. 交付申請の手続き

【留意事項】

本補助金については、購入実績に基づき申請・交付するものであることや、手続き簡素化等の面から、交付申請と実績報告を兼ねるものとします。このマニュアルでは、単に「申請」と記載しておりますが、正確には「申請（報告）」となりますので、御留意ください。

※消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額の報告は別途必要となりますが、これについては、交付決定通知を送付する際にご案内する予定です。

1. 申請方法と受付期間

(1) 申請方法について

- 原則として、秋田県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連」という。）の「電子請求受付システム」によりインターネット申請してください。
- 電子媒体又は紙媒体で介護報酬の請求をしている事業所・施設や国保連に登録されている口座が債権譲渡されている事業所・施設については、「紙媒体」を県に直接郵送してください（下記参照）。

<以下のケースは、県に直接申請>

- 国保連にCD-R等の電子媒体、又は紙媒体で介護報酬の請求をしている事業所・施設
- 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている事業所・施設

※ 県に直接申請する場合は、申請書を郵送してください。

- なお、本事業の補助金は、原則として、法人が、その運営する複数の事業所・施設分とりまとめて申請していただくことを想定しておりますが、事業所・施設ごとの申請も可能です。いずれの場合も、補助金は事業所番号ごとに支払われます。

(2) 申請受付期間について

- 国保連による受付は、令和4年1月4日（火）～1月31日（月）となります。当該受付期間における申請について、県における審査・交付決定を経て、3月下旬に国保連から各事業所・施設等に補助金が支払われます。
- 前述の1.(1)記載のとおり、県に直接申請する場合の県における申請の受付期間は令和4年1月31日（月）まで（当日消印有効）とします。

2. 申請手順

(1) 申請書の入手

- 申請書の様式は、秋田県公式ウェブサイト「美の国あきたネット」からダウンロードしてください。紙媒体で申請する場合も、申請書様式は同じです。

掲載先 URL : <https://www.pref.akita.lg.jp/pages/archive/61934>

※県公式ウェブサイト「美の国あきたネット」にアクセスし、サイト内検索で「61934」と入力すると、上記ページが表示されます。

<申請書等の構成>

- i 様式1 総括表【法人単位で1枚】※1
- ii 様式2 事業所・施設別申請額一覧【法人単位で1枚】※1
- iii 様式3 事業所・施設別個票【事業所ごとに1枚】

※ 複数の都道府県に事業所を有する法人の場合は、都道府県単位でとりまとめを行うこと

注意

国保連は、当該様式の記載情報を元に支払を行うシステムとなっているため、事業所・施設等において、本マニュアルにない変更・加工をしないでください。

(2) 入力から申請までの手順

- 次の「作業フロー」に従い、申請書への入力を行います。
- 同一法人で県内に複数の事業所・施設等を有する場合は、代表となる事業所・施設等（法人本部）が各事業所・施設等の様式を取りまとめて、国保連（または県）に、申請を行います。

【作業フロー】

手順	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業
1	Excel の申請書様式を各事業所に配布し、 個票のシートを記入するよう依頼	
2		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
3	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同一都道府県知事と なっているか確認。	
4	各事業所の個票のシート名を「個票●」 （●は1からの通し番号）に修正	
5	シート名を修正した個票を一つの Excel ファイルに集約	
6	（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。）	
7	（個票●シート）及び（申請額一覧シ ート）の内容が様式1（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1の記入欄（黄色セル）を記載	
8	Excel ファイル名を代表となる事業所の事 業所番号に変更	
9	① 国保連にて受付する電子申請の場合 ・ 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して申請 ② 県庁にて受付する郵送申請の場合 ・ 紙に出力した申請書を郵送 （封筒に「新型コロナ補助金申請書在 中」と明記） ※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。	

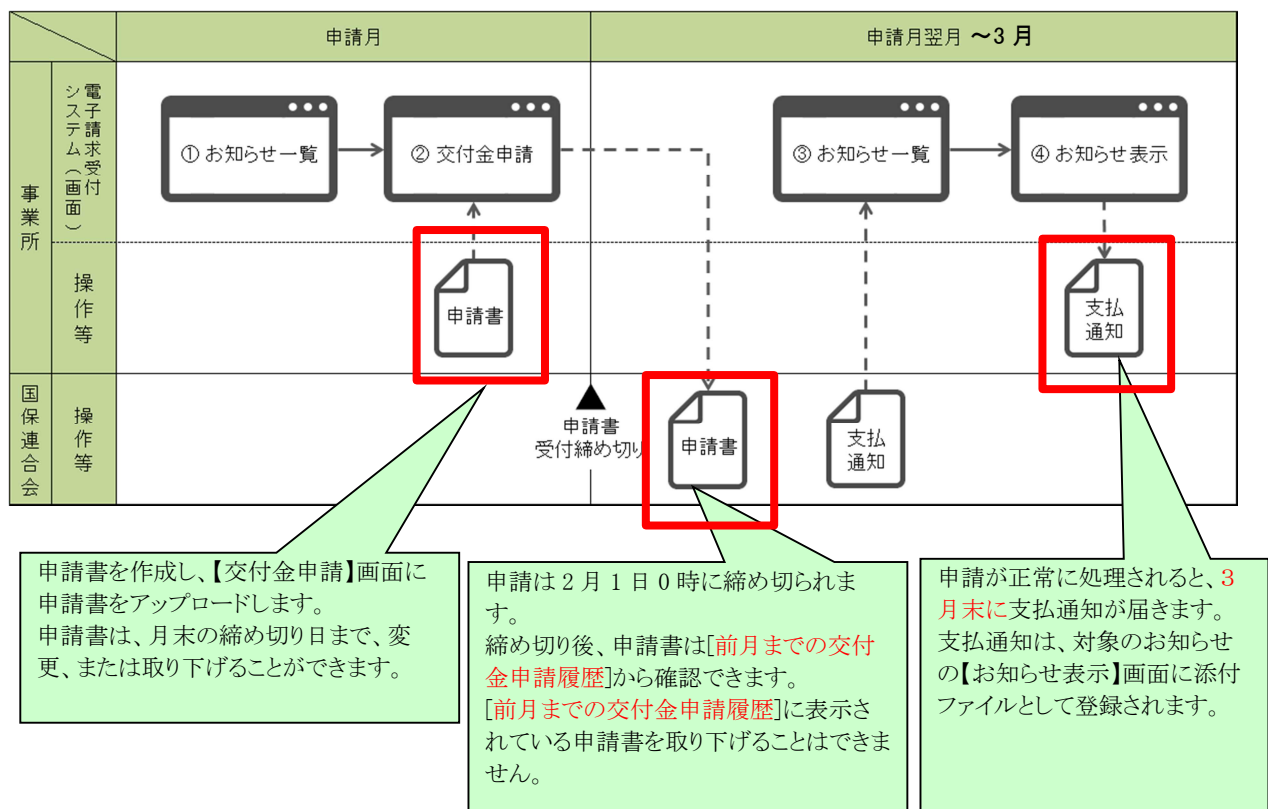
3. 申請書等の提出

(1) 電子請求受付システムによるインターネット申請の場合の申請書の提出

- 「電子請求受付システム」に、介護報酬請求で使用しているID・パスワードによりログインし、本事業の申請画面にアクセスしていただき、提出用のエクセルファイルをアップロードしてください。
- 詳細は、電子請求受付システムのお知らせに掲載されている操作手順書をご確認ください。

【留意事項】

- 代理人のユーザIDによる申請は不可であり、事業所のユーザIDで申請を行います。
- 請求ソフトは不要です。
- 申請書のアップロードの際、電子証明書は不要です。



(2) 紙媒体の申請書等を郵送で提出する場合の申請書の提出

(県に直接申請するケースの再確認)

- 前述の1. (1) 記載のとおり、以下のケースは、例外的に、県に直接申請書を郵送することにより申請していただくことになります。(以下のケース以外は、国保連あてのインターネット申請となります)
 - ▶ 国保連に CD-R 等の電子媒体、又は紙媒体で介護報酬の請求をしている事業所・施設
 - ▶ 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている事業所・施設

(県に直接申請する場合の提出書類)

- 県に直接申請する場合は、次の書類を郵送にて提出してください。
 - ① 申請書（エクセルで作成したものを紙に出力した様式1～3）
 - ② 債権者登録票（補助金の支払先口座を登録するために必要です）
※債権者登録票は県公式ウェブサイト（申請書と同じサイト）に掲載しています。

(県に直接申請する場合の提出方法)

- 上記①及び②を、封筒に入れ、令和4年1月31日（月）までに次のあて先に郵送してください（当日消印有効）。

<あて先>

〒010-8570

秋田市山王4丁目1-1

秋田県健康福祉部長寿社会課あて

※送付用の封筒の表面に「新型コロナ補助金申請書 在中」と朱書きしてください。

III. 補助金の交付決定、振込み等

1. 申請書の審査・確認と交付決定

- 提出された申請書等について、県が内容を確認します。
- 申請書に不備がある場合や、国保連に登録されている口座が債権譲渡されているにも関わらず、国保連に申請した場合には、県が必要に応じ、事業所・施設等へ連絡することがあります。
- 補助金の交付決定が行われた場合、3月中旬頃に、県から申請者（法人等）に交付決定通知を送付します。

2. 補助金の振込み

(1) 申請書を国保連に提出した場合

- 国保連から事業所・施設等に振込通知が送付された上で、介護報酬の振込用に登録されている口座に補助金が振り込まれます。

(2) 申請書を県に提出した場合

- 国保連にCD-R等の電子媒体又は紙媒体で介護報酬の請求をしている事業所・施設については、(1)と同様となります。
- 国保連に登録されている口座が債権譲渡されている事業所・施設については、県から事業所・施設等の口座に補助金が振り込まれます。

3. 証拠書類の保管

- 支出内容を証明する書類（領収書、振込記録等）は、県から求めがあった場合には速やかに提出することを前提として、法人本部や各事業所において適切に保管することとし、県への提出を要しませんが、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管して下さい。
- 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、交付要綱の定めるところにより、補助事業実施期間後であっても、財産処分制限期間においては、助成金等の交付の目的に反する使用、転用、譲渡、交換、貸付や、担保に供する処分、廃棄等を行うことはできません。
- 会計検査等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、補助金の返還を求められる場合がありますので、不備のないよう証拠書類を保管してください。

IV. Q&A

Q1：補助対象経費に「令和3年10月1日から12月31日までの衛生用品の購入費用及び感染防止対策に要する備品の購入費用」とあるが、

- ①令和3年10月1日から12月31日までの間に購入したものが対象か。
- ②「衛生用品」とは、どのような物が補助対象となるのか。
- ③「感染症対策に要する備品」とは、どのような物が補助対象となるのか。
- ④発注が令和3年10月1日から12月31日までの間に行われていれば、納品や支払いが令和4年1月1日以降となってもよいか。

①お見込みのとおりです。

②については、その目的が感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品であって、マスク、手袋、消毒液などを想定しています。

③については、パーテーション及びパルスオキシメーターに限定されます。

④納品や支払いが令和4年1月1日以降でも、10月1日から12月31日までの間に発注して購入が確定しているのであれば（見積もりのみは不可）、補助対象となります。

Q2：令和3年10月から12月までの間に新規の指定を受けた事業所・施設について、指定を受ける前に購入した衛生用品等の費用も補助対象となるか。

令和3年10月から12月までの間に新規の指定を受けた事業所・施設については、当該指定を受けた日以降に購入した衛生用品等の費用が補助対象となります。

Q3：訪問介護の基準単価は、令和3年10月の1か月における身体介護、生活援助及び通院等乗降介助の合計数で判断することとされているが、

- ①例えば、令和3年11月に新規指定を受けた訪問介護事業所についてはどのように取り扱えばよいか。
- ②介護サービスと総合事業又は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訪問介護事業所の訪問回数は合算してよいか。

①個別の事情に応じて、令和3年11月、12月又は把握できる直近の1か月の訪問回数で請求してよいこととして差し支えありません。

②合算してください。

Q4：施設系サービスにおいて、短期入所療養介護を空床利用で実施している場合の定員数の取扱いはどうにすればよいか。

令和3年4月から9月の1日あたりの平均利用者数を定員数として用いることとします。（ただし、あらかじめ指定権者に定員数を届け出ている場合は、当該定員数を用いても差し支えありません。）

Q5：費用が確定していない段階における申請（概算による申請）は可能か。

本事業に要する費用が確定してから申請していただくことにしております。

Q6：申請書類には、購入した物品の領収書等、支出した費用が分かる証拠書類の添付が必要か。

支出した費用の金額・品目等を申請書に記載すれば領収書等の証拠書類の提出は不要です。なお、領収書等の証拠書類は、介護事業所・施設において適切に整備保管し、県等から求めがあった場合は速やかに提出する必要があります。

～お問い合わせについて～

厚生労働省及び国民健康保険中央会でコールセンターを設置しています。

①厚生労働省コールセンター（事業全般に関するお問い合わせ）

電話：03-3595-3535（受付時間は平日の9:30～18:15）※R4.1.11～

②国民健康保険中央会のコールセンター（電子請求システムの使用方法等）

電話：0570-059-402

③県健康福祉部長寿社会課

FAX：018-860-3867 Mail：kaigo-query@mail2.pref.akita.jp

※事業開始後は多くの問い合わせが寄せられると想定されるため、県に対するお問い合わせはFAXまたはメールに限定させていただきます。お電話でのお問い合わせはご遠慮くださるよう、御理解とご協力をお願いします。「質問票」の様式は、申請書と同じウェブサイトに掲載しています。

【申請書記載要領・記載例】

黄色セルに入力（またはプルダウンから選択）してください。
（押印は不要です）

（様式1）総括表

令和3年度秋田県介護サービス事業所等感染症対策支援事業費補助金
交付申請書 兼 実績報告書

令和 4 年 1 月 20 日

秋田県知事 あて

標記について、次のとおり申請（報告）します。※以下で「申請」は「申請（報告）」とする。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン アキタxx			
	名 称	社会福祉法人 秋田●●			
	所在地	(郵便番号 010 - 0000)			
		秋田市山王●丁目●-●			
	連絡先	電話番号	018-860-0000	E-mail	xxxxx@akita.xx.jp
	代表者の職・氏名	職 名	理事長	氏 名	秋田 ●●
	申請に関する担当者	職 名	事務担当	氏 名	中村 ●●

↓申請額一覧シートの内容が正しく反映されているか確認してください。

申請内容

介護サービス事業所等感染症対策支援事業			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）	0 か所	0 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			0 か所	0 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

↓他のシートから自動入力されます。全事業所分が正しく反映されているか確認してください。
 (「審査結果」欄は県が使用する項目なので、入力しないでください)

(様式2)事業所・施設別申請額一覧

(単位:円)

[illegible]

黄色セルに入力（またはプルダウンから選択）してください。

(様式3) 事業所・施設別個票

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。

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	トクハツヨウゴロウシンホーム xx		介護保険事業所番号	0500000000
	事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム●●		訪問回数	回
	サービス種別	介護老人保健施設（定員70人以上89人以下）		定員	80人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 010 - 0000) 秋田市山王●●丁目●●			
	連絡先	電話番号	018-860-0000	E-mail	xxxxx@akita.xx.jp
	管理者の氏名	秋田 一郎			

訪問介護事業所のみ、令和3年10月の1か月間における訪問回数(※)を入力してください。
※身体介護、生活援助及び通院等乗降介助の合計数

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます。

購入した品目を記載してください。（審査できなくなりますので、「○○など」と省略しないでください）

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	数量等
マスク	5,000	50枚×10ケース
消毒液	10,000	500ml×10本
グローブ	10,000	100枚×10ケース
医療用ガウン	10,000	10枚
パルスオキシメーター	35,000	5台
パーテーション	15,000	1台
衛生用品	25,000	マスク50枚×10ケース、消毒液500ml×10本、グローブ100枚×10ケース
合計	110,000	

所要額は千円未満切り捨てになります。

行が足りない場合は一括して記載しても構いませんが、必ず、所要額に含まれる全ての品目を記載してください。

プルダウンから選択してください。すべての項目に○をつけないと、申請できません。

誓約事項

☐	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
☐	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。
☐	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。
☐	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

個票シート名の変更を必ず行ってください。

例)
1事業所の申請
⇒個票1
複数事業所の申請
⇒1つのエクセルファイルに集約し、個票●（●は1からの通し番号）に修正

プルダウンから選択してください。国保連に登録されている口座が債権譲渡されている場合は、県に直接申請してください。

口座情報

☐	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。	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）
☐	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。	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。