

豊橋市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  
申請マニュアル  
豊橋市版

令和3年8月31日版

# 目次

総則	1
1. 本マニュアルについて	1
2. 補助金の目的	1
3. 対象事業所	1
4. 補助の要件	2
5. 対象期間	4
6. 対象経費	4
7. 補助上限額	6
8. 交付申請の方法	6
9. 交付申請の受付期間	6
10. 交付決定及び補助金の振込	7
11. 証拠書類の保管	7
12. 消費税の取扱いについて	7
13. その他・留意事項等	7
各様式の記載方法等について	8
1. 交付申請の必要書類について	8

2. 交付申請書の記載方法について .....	9
1-1. 共通部分（様式第1） .....	9
1-2. 共通部分（個票） .....	12
2-1. 【感染対策徹底】 .....	13
2-2. 【代替サービス提供】 .....	15
2-3. 【施設内療養】 .....	16
2-4. 【居宅サービス切替】 .....	16
2-5. 【協力支援】 .....	17
3. 様式第3の記載方法 .....	18
4. 様式第4の記載方法 .....	21
5. 様式第5の記載方法 .....	22
6. 請求書の記載方法 .....	24
7. 委任状の記載方法 .....	24
参考 .....	26
補助上限額について（国実施要綱 別添3より抜粋） .....	26

「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（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 .....	27
「一定の要件に該当する自費検査費用」の要件について .....	28
「感染症対策を行った上での施設内療養に要した費用」について.....	30
国実施要綱の対象経費と県交付申請書の対応及び類型ごとの申請可否 .....	31

## 総則

### 1. 本マニュアルについて

このマニュアルは、豊橋市内に所在する介護事業所・施設等を対象としたマニュアルです。

市外に所在する介護事業所・施設は、愛知県又はそれぞれの市の定めるところにより、申請を行ってください。

### 2. 補助金の目的

この補助金は、新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した等の介護サービス事業所・施設等における緊急時のサービス提供に必要な介護人材の確保に係る費用や、発生後の職場環境の復旧・改善を支援することを目的としています。

そのため、平時の感染防止対策等に係る費用は、本事業の対象外となります。

なお、平時の感染防止対策等に要する費用については、介護報酬の特例（0.1%の上乗せ）により措置されています。

### 3. 対象事業所

対象となる事業所・施設等は、交付申請時点において、豊橋市内に所在する事業所・施設等で次のサービス種別が対象です。

なお、（介護予防）特定施設入居者生活介護（地域密着型含む。）については、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として取扱います。

類型	サービス種別（各介護予防サービス含む。）
通所系	通所介護
	地域密着型通所介護（療養通所介護含む。）
	認知症対応型通所介護
	通所リハビリテーション
	通所型サービス
短期入所系	短期入所生活介護
	短期入所療養介護
訪問系	訪問介護
	訪問入浴介護
	訪問看護
	訪問リハビリテーション

訪問系	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
	夜間対応型訪問介護
	居宅介護支援
	福祉用具貸与
	居宅療養管理指導
	訪問型サービス
	介護予防ケアマネジメント
多機能型	小規模多機能型居宅介護
	看護小規模多機能型居宅介護
施設系	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
	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

#### 4. 補助の要件

補助を受けるにあたっては、上記の対象事業所・施設であることに加え、次の要件のいずれかに該当する必要があります。

したがって、次のいずれの区分にも該当しない場合には、補助を受けることができません。

区分	要件	対象サービス※1
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（職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。）	福祉用具貸与を除く、全てのサービス種別
②	濃厚接触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	福祉用具貸与を除く訪問系 短期入所系 施設系

③	県又は政令・中核市から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所	通所系 短期入所系
④	感染の疑いがある者に対して、一定の要件のもと、自費で検査を行った介護施設等（①、②の場合を除く。）	施設系※2
⑤	病床のひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等	施設系 短期入所系
⑥	①、③以外の通所系事業所であって、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※3	通所系
⑦	①又は③の介護サービス事業所・施設若しくは感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した事業所の利用者の受入れや当該事業所・施設に応援職員の派遣を行った事業所・施設等※4	全てのサービス種別

※1 多機能型については、以下のとおり扱います。

通いサービス……通所系（ただし、上記⑥を除く。）

宿泊サービス……短期入所系（ただし、上記⑤を除く。）

訪問サービス……訪問系

※2 本市交付要綱第3条参照（本市独自の規定）

※3 「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（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（27ページ）に基づきサービスを提供している必要があります。

※4 「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。）が連続して3日以上の場合を指します。

## 5. 対象期間

対象期間は、令和3年4月1日又は上記要件に該当した日のいずれか遅い日から令和4年3月31日又は補助対象事業（経費）の完了\*した日のいずれか早い日までとなります。

（例）8月14日に陽性者が発生し、8月28日にまでに要した経費を9月10日申請する場合。



※完了とは、職員へ割増賃金の支払いや、衛生用品の納品及び支払い、業者に委託した消毒・清掃等（支払い含む）が終了していることをいいます。

## 6. 対象経費

上記対象期間内に発生した以下の経費が対象となります。なお、本事業においては、ここに掲げる経費以外は対象になりませんのでご注意ください。

また、サービス種別と該当する区分に応じて、申請できる内容が異なります。

項目	対象経費	申請可能区分
感染対策徹底	緊急雇用に係る費用	①、②、③
	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	
	施設・事業所の消毒・清掃費用	
	感染性廃棄物の処理費用	



	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	
	一定の要件に該当する自費検査費用※1※2	①、②、③、④ ※陽性者が確認された後の検査は対象外
代替サービスの提供	緊急雇用に係る費用	①、③ ※通所系のみが対象
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	代替場所の確保費用（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ためのタブレットのリース費用（通信費除く）	
施設内における療養	感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用※3	⑤ ※多機能型の宿泊サービス除く
居宅サービス切替	緊急雇用に係る費用	⑥ ※多機能型の通いサービス除く
	割増賃金・手当	
	職業紹介料	
	損害賠償保険の加入費用	
	代替場所の確保費用（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ためのタブレットのリース費用（通信費除く）	
協力支援	緊急雇用に係る費用	⑦
	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	

※1「一定の要件に該当する自費検査費用」の一定の要件については、28 ページをご確認ください。

※2 実施要綱別添 1 にて対象とならない事業所は、本市交付要綱第 3 条及び第 4 条第 2 号をご確認ください。(本市独自の規定)

※3「感染症対策を行った上での施設内療養に要した費用」の詳細については、30 ページをご確認ください。

## 7. 補助上限額

補助上限額は 26 ページをご確認ください。

なお、通所介護及び通所リハビリテーションについては、介護報酬の規模区分に応じて基準単価（補助上限額）が異なります。事前に規模区分を確認の上、申請書を作成してください。

## 8. 交付申請の方法

交付申請の方法は以下のとおりです。

1. 豊橋市長寿介護課のホームページ (<https://www.city.toyohashi.lg.jp/48379.htm>) から申請書等の様式及び請求書をダウンロードしてください。
2. 「2. 交付申請書の記載方法について」(9 ページ) を参考に申請書等を作成してください。
3. 申請書等及び請求書を記載し終えたら、交付申請の受付期間内に下記まで郵送とメールにより提出してください。  
提出が必要な書類は、8 ページをご確認ください。

【郵送先】〒440-8501 豊橋市 福祉部 長寿介護課 (住所は記載不要)

※封筒の表面に「介護サービス提供体制確保事業費補助金 申請書」と朱書きしてください。

【メールアドレス】kaigo-chousa@city.toyohashi.lg.jp

※件名に「介護サービス提供体制確保事業費補助金 申請書」と記載し、ファイル名は「【事業所名】申請書」としてください。

※必ず Excel 又は Word ファイルのまま送付してください。

## 9. 交付申請の受付期間

令和 3 年 8 月 3 1 日 (火) から随時受け付けます。

※受付終了の際はホームページにてご案内いたします。

#### 1 0. 交付決定及び補助金の振込

豊橋市にて提出された申請書等を審査します。補助金の交付決定が行われた場合には、豊橋市から、申請書に記載の法人所在地へ交付決定通知を郵送いたします。

交付決定通知を送付後、申請書により指定された振込口座に補助金を振込みします。

なお、交付決定通知書の発送から、振込までに時間を要する場合がございますので、あらかじめご了承ください。

また、振込に際して別に通知を発送することはありません。

その他、申請書等に不備がある場合、確認が必要な場合には、交付申請書に記載の担当者宛に連絡することがあります。

#### 1 1. 証拠書類の保管

本補助金に係る収入及び支出内容に関する証拠書類は、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管してください。

実地指導等の際、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。

#### 1 2. 消費税の取扱いについて

補助金における消費税額については、法人の確定申告の方法等により、仕入控除税額として、消費税額相当分を返還していただく必要が生じる場合がございます。

そのため、交付申請にあたっては、申請担当者と税務担当者とでご相談いただき、消費税分を申請するか決めていただくようお願いいたします。

なお、消費税額を含めて申請した場合は、仕入れ控除税額が0円の場合であっても仕入控除税額報告書(様式第9)を改めて市に提出していただく必要があります。

仕入控除税額報告書の提出については、別にアナウンスいたします。

#### 1 3. その他・留意事項等

- 交付申請後、交付決定前に事業所・施設等を廃止された場合、補助金を受給できません。
- 令和3年度内であれば、基準単価（補助上限額）まで、2回目以降も申請できます。

各様式の記載方法等について

1. 交付申請の必要書類について

交付申請にあたって必要な書類及び記載方法の参照ページは次のとおりです。

なお、申請する事業所・施設等ごとに作成及び提出が必要です。

①	令和3年度豊橋市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 交付申請書 兼 実績報告書	様式第1	9～11 ページ
②	【事業所個票】	-	12～18 ページ
③	請求書	様式第2	24 ページ

○サービス付き高齢者向け住宅の場合には、定員数を確認できるものを添付してください。

(例) 定員数を記載しているカタログ、ホームページの写し、施設の概要等

○申請者と異なる口座名義人の口座への振込を希望する場合は、委任状を添付してください。

また、申請する経費によっては、次の書類の提出が必要です。

○一定の要件に該当する自費検査費用を申請する場合

④	介護施設等への自費検査費用の助成に係る理由書	様式第3	18～20 ページ
---	------------------------	------	-----------

○感染症対策を行った上での施設内療養に要した費用を申請する場合

⑤	感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用に係る対象者名簿	様式第4	21～22 ページ
⑥	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	様式第5	22～23 ページ
⑦	委任状	-	24 ページ

2. 交付申請書の記載方法について

基本事項として、入力が必要な欄は、水色に着色してある欄のみです。

その他、白塗りの欄については、関数等により自動で入力されますので、記載不要です。

1 - 1. 共通部分（様式第1）

(様式第1)

**令和3年度豊橋市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  
交付申請書 兼 実績報告書**

① 令和 年 月 日

豊橋市長 殿

標記について、関係書類を添えて以下のとおり申請します。  
また申請する補助対象事業については、本日まで完了していることを併せて報告します。  
なお、振込は、下記振込先情報に記載の口座までお願いします。

申請者	②		
法人所在地	〒	住所	③
代表者職名	④	代表者氏名	⑤
担当者氏名	⑥		
担当者連絡先	電話番号	⑦	メールアドレス
			⑧

①交付申請及び実績報告年月日

プルダウン式になっておりますので、プルダウンより選択し記載してください。

※半角数字であれば直接入力いただけます。

②申請者

法人の名称を記載してください。

法人格を有していない場合には、屋号（事業所名称）を記載してください。

※法人格を有しているにも関わらず、事業所名称・施設名称を記載いただくと、差替え頂くこととなりますのでご注意ください。

③法人所在地

法人の所在地を記載してください。

なお、②欄に屋号を記載した場合は、屋号の住所を記載してください。

④代表者職名

法人代表者の職名を記載してください。

（例）代表取締役、理事長、代表社員等

②欄に、屋号を記載いただいた場合には、代表又は管理者と記載してください。

⑤代表者氏名

法人代表者の氏名をフルネームで記載してください。

②欄において、屋号を記載いただいた場合には、代表者等の氏名を記載してください。

⑥担当者氏名

この補助金の申請担当者の氏名を記載してください。

⑦電話番号

申請担当者に日中つながる電話番号を記載してください。

⑧メールアドレス

申請担当者とやりとりが可能なメールアドレスを記載してください。

⑨ ○ 補助対象事業所及び実施事業

事業所番号	個表の事業所番号欄に入力してください。	事業所の名称	個表の事業所名欄に入力してください。
サービス	個表のサービス種別欄を入力してください。		
実施事業種別	個表の実施事業種別欄を入力してください。		

⑨補助対象事業所及び実施事業

この欄は、個表を記載すると自動で入力されますので、入力不要です。

※入力できないようにロックしてあります。

交付申請額		0円 ⑩		
○ 実施事業毎の補助対象経費等内訳				
事業実施区分	対象経費	小計	基準単価	申請額
感染対策徹底※1	0円			
代替サービス提供	対象外	⑫ 0円	0円	0円
施設内療養※2	対象外			
居宅サービス切替	対象外	⑬ 0円	0円	0円
協力支援	0円	⑭ 0円	0円	0円



## 1-2. 共通部分（個表）

### 【事業所個票】

事業所番号	①	事業所の名称	②
サービス種別	③	定員数	⑤
実施事業種別	④	その他該当する種別	⑥

※「実施事業種別」は以下から選択すること。

①	利用者又は職員に新型コロナウイルス感染者が発生した施設・事業所等 (職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)
②	濃厚接触者に対応した訪問系事業所、短期入所系事業所、介護施設等
③	県から休業要請を受けた通所系事業所、短期入所系事業所
④	感染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。）
⑤	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
⑥	①、③以外の通所系事業所であって、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
⑦	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った事業所・施設等

#### ①事業所番号

23で始まる事業所番号を記載してください。

なお、申請する事業所が養護老人ホーム、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のいずれかである場合には記載不要です。

※10ケタの入力制限をしています。

#### ②事業所等の名称

申請する事業所・施設の名称を記載してください。

※現に行政に届け出ている（又は許可を受けている）名称を記載してください。

#### ③サービス種別

プルダウンにより選択してください。

※ 通所介護、通所リハビリテーションについては規模区分により、選択肢が異なりますので、必ず算定している規模区分を確認の上、選択してください。

※ 介護予防サービスのみ、実施している場合には、その介護サービスを選択してください。

（例）介護予防支援 → 居宅介護支援

※ 通所型サービス、訪問型サービス、介護予防ケアマネジメントのいずれかと介護サービスの指定を併せて受けている場合には、それぞれ介護サービスを選択してください。



(例1) 訪問介護と訪問型サービス → 訪問介護を選択

(例2) 地域密着型通所介護と通所型サービス → 地域密着型通所介護を選択

④実施事業種別

プルダウンにより、該当する種別を選択してください。

⑤定員数

申請するサービス種別が施設系サービスの場合には、定員数を記載してください。

※申請時点において現に届け出ている(又は許可を受けている)定員数を記載してください。

⑥その他該当する事業種別

④欄において、実施事業種別「①」～「④」又は「⑥」のいずれかを選択した場合であって、実施事業種別「⑤」又は「⑦」、若しくは「⑤」と「⑦」の両方を実施し、それに係る経費を申請する場合には、その該当する区分を選択してください。

※選択肢は、「⑤」、「⑦」、「⑤、⑦」を設けています(短期入所系、施設系以外は「⑦」のみ)。

2-1. 【感染対策徹底】

【感染対策徹底】 (⑥の場合は記入しないでください)			
用途	金額(円)	内容・積算	添付必須
①	②	③	④
計	0円	⑤	

記号	摘要	【記載例】内容・積算
ア	緊急雇用に係る費用	感染職員の代替。時給1,000円*8時間*14日。社会保険等を含む。
イ	割増賃金・手当	感染利用者発生への対応。職員3名、計60時間分の時間外手当。
ウ	職業紹介料	感染職員の代替を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介(株)へ支払い。
エ	損害賠償保険の加入費用	●●損害保険(株)と加入契約。
オ	帰宅困難職員の宿泊費	家族陽性者と濃厚接触の利用者と接触した職員(○○ ○○)11/11~22宿泊分
カ	連携機関との連携に係る旅費	急性期利用者2名を▼▼病院へ搬送に要した燃料費。(10/11,13実施分)
キ	自費検査費用(要件有)	家族陽性者と濃厚接触の利用者と接触した利用者、職員40人分(9/14実施分)
ク	施設・事業所の消毒・清掃費用	陽性利用者発生したことによる事業所全館消毒(クリーン□□(株)に依頼)
ケ	感染症廃棄物の処理費用	陽性者に接する際に使用の防護服等の廃棄料
コ	感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用	緊急購入のマスク(50枚*5箱)、防護服100着、手指消毒液10本

①用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

対象外の場合には、選択頂くことができません。

②金額（円）

①欄で選択した経費の金額を記載してください。

③内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

④添付書類

申請する経費に応じて、添付が必要な書類が表示されます。

基本的に申請時点において添付いただく証拠（根拠）書類はありませんが、「キ 自費検査費用（要件有）」を申請する場合には、「介護施設等への自費検査費用の助成に係る理由書（様式第3）」の提出が必要です。なお、書類審査の段階で随時証拠（根拠）書類の提出を求める場合がありますので、ご準備をお願いします（他の事業区分においても同様です）。

⑤計

②欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。また、実施事業種別で「⑥」もしくは「⑦」を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

## 2-2. 【代替サービス提供】

【代替サービス提供】（⑥又は⑦の場合は記入しないでください）			
代替場所でのサービス提供期間	(開始)	令和 年 月 日	～ (終了) 令和 年 月 日
代替サービスの提供場所（施設・建物名）			
代替サービスの提供場所（住所）	①		
用途	金額（円）	内容・積算	
②	③	④	
計	対象外	⑤	
記号	摘要	【記載例】内容・積算	
ア	緊急雇用に係る費用	代替サービス実施要員。2名*時給1,000円*8時間*40日。社会保険等を含む。	
イ	割増賃金・手当	代替場所確保及びその他調整。職員3名、計20時間分の時間外手当。	
ウ	職業紹介料	代替サービス実施要員を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介（株）へ支払い。	
エ	損害賠償保険の加入費用	●●損害保険（株）と加入契約。	
オ	代替場所の確保費用（使用料）	○○公民館2階研修室の会場使用料。	
カ	訪問介護による同行指導への謝金	代替サービス実施にあたっての、□□ヘルパーステーションから派遣指導（11/20）	
キ	代替場所や利用者宅への旅費	代替サービス要員の通勤旅費、代替サービス場所と利用者宅との送迎に係る燃料費。	
ク	訪問サービスの提供に必要な車や自転車のリース費用	代替サービス実施場所に通所できない利用者（3名）の居宅訪問による相談援助のための自動車リース。（11/22～11/27。2台。述べ10日間分）	
ケ	通所できない利用者の安否確認のためのタブレットのリース費用（通信費用は除く）	利用者3名の安否確認のためのタブレット3台リース料。（1,500円/月*3台*2か月）	

### ①代替サービス提供に関する情報

代替サービスの提供を行った期間、提供場所の名所及び住所を記載してください。

### ②用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

なお、代替サービスを提供していた期間に要した経費が対象となりますのでご注意ください。

### ③金額（円）

②欄で選択した経費の金額を記載してください。

### ④内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

### ⑤計

③欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

また、通所系、かつ、実施事業種別が「①」もしくは「③」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

## 2-3. 【施設内療養】

### 【施設内療養】

別紙様式第4及び別紙様式第5のとおり。

【施設内療養】について、個表の記載は不要です。

様式第4及び様式第5を作成してください。

## 2-4. 【居宅サービス切替】

【居宅サービス切替】 (⑥の場合)		
居宅サービス切替でのサービス提供期間	(開始) 令和 年 月 日 ~ (終了) 令和 年 月 日	
居宅サービスに切り替えた利用者氏名	①	
用途	金額 (円)	内容・積算
②	③	④
計	対象外	⑤
記号	摘要	【記載例】 内容・積算
ア	緊急雇用に係る費用	居宅サービス実施要員。2名*時給1,000円*8時間*14日。社会保険等を含む。
イ	割増賃金・手当	居宅訪問先との調整。職員3名、計20時間分の時間外手当。
ウ	職業紹介料	居宅サービス実施要員を雇用する際に要した費用。☆☆材紹介(株)へ支払い。
エ	損害賠償保険の加入費用	〇〇損害保険(株)と加入契約。
オ	代替場所の確保費用(使用料)	〇〇公民館2階研修室の会場使用料。
カ	訪問介護による同行指導への謝金	代替サービス実施にあたっての、□□介護サービスから派遣指導(11/20)
キ	代替場所や利用者宅への旅費	代替サービス要員の通勤旅費、代替サービス場所と利用者宅との送迎に係る燃料費。
ク	訪問サービスの提供に必要な車や自転車のリース費用	代替サービス実施場所に通所できない利用者(3名)の居宅訪問による相談援助のための自動車リース。(11/22~11/27。2台。述べ10日間分)
ケ	通所できない利用者の安否確認のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)	利用者3名の安否確認のためのタブレット3台リース料。(1,500円/月*3台*2か月)

### ①通所系サービスが居宅でのサービスに切り替えた際の情報

居宅サービスに切り替えた期間及び利用者の氏名を記載してください。

### ②用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

なお、居宅でのサービス提供に切り替えていた期間に要した経費が対象となりますのでご注意ください。

### ③金額 (円)

②欄で選択した経費の金額を記載してください。

### ④内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

### ⑤計

③欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

また実施事業種別が「⑥」以外を選択している場合には、「対象外」と表示されます。

## 2-5. 【協力支援】

○協力支援対象事業所情報（ <b>応援先、受入元の事業所等の情報</b> を記載してください。）				
事業所番号	①		事業所の名称	②
協力支援内容	③			
※「協力支援内容」は以下から選択すること。				
①	協力支援対象である事業所から利用者を受け入れ			
②	協力支援対象である事業所への職員の応援派遣			
③	①及び②いずれも実施（利用者受け入れ及び職員派遣）			

### ①事業所番号

応援派遣先、又は利用者の受入元の事業所等の事業所番号を記載してください。  
 なお、応援派遣先又は利用者受入元が養護老人ホーム、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のいずれかである場合には、記載不要です。  
 ※10ケタの入力制限がされています。

### ②事業所等の名称

応援派遣先、又は利用者の受入元の事業所・施設の名称を記載してください。  
 ※現に行政に届け出ている（又は許可を受けている）名称を記載してください。

### ③協力支援内容

協力の内容をプルダウンから選択してください。

○支出内訳		
用途	金額（円）	内容・積算
計	⑦ 0円	
記号	摘要	【記載例】内容・積算
ア	緊急雇用に係る費用	派遣職員の代替。時給1,000円*8時間*14日。社会保険等を含む。
イ	割増賃金・手当	派遣調整への対応。職員3名、計10時間分の時間外手当。
ウ	職業紹介料	派遣職員の代替を雇用する際に要した費用。☆☆人材紹介（株）へ支払い。
エ	旅費	派遣職員○○の派遣先への旅費（670円*2回（行き及び帰り）
オ	宿泊費	派遣職員○○の派遣中の宿泊費（3,000円*10日）
カ	損害賠償保険の加入費用	<input type="checkbox"/> 損害保険（株）と加入契約。

④用途

対象経費をプルダウンにより選択してください。

⑤金額（円）

④欄で選択した経費の金額を記載してください。

⑥内容・積算

記載例を参考に、内容及び積算を具体的に記載してください。

⑦計

⑤欄で入力した経費の合計金額が自動で表示されます。

3. 様式第3の記載方法

様式第3は、【感染対策徹底】において、「キ 自費検査費用（要件有）」の申請を行う場合に、様式第1、個票、請求書（様式第2）に併せて提出が必要です。

以下、その記載の方法について説明しています。

(様式第3)

**介護施設等への自費検査費用の助成に係る  
理 由 書**

豊橋市長 殿

令和3年度豊橋市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（様式第1又は様式第6）において計上しました自費検査費用の詳細については、本書のとおりです。

申請者			
法人所在地	①		
代表者職名		氏名	
サービス種別	対象外		

①申請者の情報

様式第1及び個票に入力した情報が自動で反映されます。

なお、対象外のサービス種別である場合には、「サービス種別」に「対象外」と表示され、申請いただくことができません。

○ 事業所の所在地を所管する保健所名、担当課名、連絡先

保健所名	②	担当課名	③	連絡先 (電話番号)	④
------	---	------	---	---------------	---

○ 受診・相談センター等に依頼し、検査対象外と判断された場合、当該センター等の名称、担当者、連絡先（複数記入可）

機関①		担当者		連絡先 (電話番号)	
機関②	⑤	担当者	⑥	連絡先 (電話番号)	⑦
機関③		担当者		連絡先 (電話番号)	

②～④所管保健所の情報

施設を所管する保健所の名称、担当課、連絡先を記載してください。(本市保健所)

⑤～⑦検査機関の情報

保健所以外に行政検査を依頼したが、対象外と判断された場合に、その機関、担当者、連絡先を記載してください。

保健所以外に行政検査を依頼していない場合には記載不要です。

⑧

○ 様式1において申請する自主検査費用は次のいずれにも該当することを誓約します。

- 施設等において感染者が確認された後に行った検査でないこと。
- 保健所等に行政検査として検査を依頼したが対象にならないと判断されたものであること。
- 次の①、②または③に該当する検査であること。
  - ①濃厚接触者と同居する職員に対して行った検査
  - ②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に対して行った検査
  - ③施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所等の判断では行政検査の対象とならなかった者に対して行った検査

⑧申請する自費検査費用について、要件を確認し、該当する場合にチェックをしてください。

なお、補助要件として、すべてに該当する必要があります。

○ 検査を要する原因の発生した経緯及び行政検査の対象とならなかった理由

番号	原因発生日	経緯・理由
①		
②		
③	⑨	⑩
④		
⑤		

⑨原因発生日

⑩欄に記載の原因が発生した日付を記載してください。

⑩検査を要する原因の発生した経緯と行政検査の対象とならなかった理由

どのような原因で、検査が必要になったのか、その経緯と、またなぜ行政検査の対象とならなかったのか、行政検査の依頼日やその理由をケースごとに具体的に記載してください。

○ 検査実施者一覧					
経緯・理由	関係種別	検査対象者氏名	対象外とされた理由	所要額	補助対象額
③	職員	愛知 ○○	同居家族が濃厚接触者に認定されたが、本人は濃厚接触者に該当せず検査対象外と判断されたため。	21,000円	20,000円
⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯ 0円
					0円
					0円

⑪区分の選択

⑨欄、⑩欄で記載した原因等から、⑬に記載する利用者又は職員が検査する理由となったものを選択してください。

⑫利用者、職員の選択

⑬欄に記載する方の利用者・職員の別を、プルダウンより選択してください。

⑬氏名の記載

自費検査を行った利用者又は職員の氏名を記載してください。

⑭理由の記載

⑬欄で記載した利用者又は職員が行政検査の対象とならず、自費で検査をするようになった理由を具体的に記載してください。

⑮費用の記載

検査に要した費用を記載してください。

⑯対象費用の算出

⑮欄に記載した額と2万円とを比較し、少ない方の額が自動で表示されます。



#### 4. 様式第4の記載方法

様式第4は、【施設内療養】の申請を行う場合に、様式第5と併せて提出が必要です。

以下、その記載方法について説明しています。

(様式第4)

### 感染症対策等を行った上での施設内療養に要した費用に係る対象者名簿

豊橋市長 殿

令和3年度豊橋市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書兼実績報告書(様式第1)において、計上しました施設内療養を行った方の詳細については、本書のとおりです。

申請者	①			対象日数合計	療養者数
法人所在地	0			0 ② 日	0 ③ 人
代表者職名		氏 名		補助申請額(円)	
サービス種別	「個表のサービス種別欄を入力してください。」			④	対象外

#### ①申請者の情報

様式第1に記載された情報が自動で表示されますので、記載不要です。

#### ②対象日数の合計

⑩の欄の利用者ごとの算定対象日数の合計が自動で算出されます。

#### ③療養者数

名簿に記載された人数の合計が自動で算出されます。

#### ④補助申請額

対象日数に1万円を乗じた額が自動で算出されます。

なお、選択されているサービス種別が【施設内療養】の対象外サービスである場合、「対象外」と表示されます。

また、この欄の金額が様式第1の対象経費の欄(10ページ⑪欄)に反映されます。

【施設内療養者名簿】						
No.	氏名※カタカナで記載すること	生年月日	施設内療養期間		療養日数	算定対象日数
1				～	日	日
2	⑤	⑥	⑦	～	⑧	⑨ ⑩
3				～	日	日

⑤氏名

施設内で療養した入所者の氏名をカタカナで記載してください。

⑥生年月日

⑤欄に記載した方の生年月日を記載してください。

⑦施設内療養の開始日

施設内で療養を開始した日を記載してください。

2021/06/30 のように記載していただくと、自動で「令和3年6月30日」と表示されます。

⑧施設内療養の終了日

施設内での療養を終えた日を記載してください。

2021/07/01 のように記載していただくと、自動で「令和3年7月1日」と表示されます。

⑨療養日数

⑦欄に記載の開始日から⑧欄に記載の終了日までの日数が自動で表示されます。

⑩算定対象日数

⑨欄に算出された療養日数と、15日とを比較し、少ない方の日数が表示されます。

5. 様式第5の記載方法

様式第5は、【施設内療養】の申請を行う場合に、様式第4と併せて提出が必要です。

以下、その記載方法について説明しています。

(様式第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

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)

①

①施設内療養することとなった経緯

施設内療養することとなった経緯について、具体的にご記載ください。

## 2 チェックリスト

確認項目 ②	
<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。

### ②チェックリスト

施設内の療養に要した費用について、要件を確認し、該当するものすべてにチェックをしてください。

なお、【施設内療養】の要件として、すべての要件に該当する必要があります。

その他

③
---

※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。

④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

### ③その他

備考等があれば記載してください。

### ④誓約

様式第1の情報が自動的に反映されるため、入力不要です。

## 6. 請求書（様式第2）の記載方法

請求書には、交付申請書（様式第1）の情報が自動で反映されるため、記載不要です。

## 7. 委任状の記載方法

本補助金の振込先の口座名義が申請者と異なる場合、本補助金の受領について、委任行為が必要です。

申請書等の審査にあたり、受領の委任がなされていることを確認する必要があるため、以下にならって委任状を記載し、申請書等と併せて提出してください。

令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
令和3年度豊橋市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代理受領委任状

①委任日を記載してください。

(委任者)	
所在地	
法人名	<input type="text"/>
代表者	(職名)
	(氏名)
上記の権限を受けることを承諾します。	
(受任者)	
住所	<input type="text"/>
氏名	<input type="text"/>

- ②委任者（補助金の申請者）の情報は、交付申請書（様式第1）の情報が自動的に反映されるため、入力不要です。
- ③受任者（補助金の振込先）の住所を記載してください。  
なお、氏名は様式第1の口座名義人から自動的に反映されるため、入力不要です。

参考

補助上限額について（国実施要綱 別添3より抜粋）

【別添3】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（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	事業所・施設等の種別（※1）	(1) 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業		(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（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		
		各サービス共通		各サービス共通		各サービス共通		
通所系	1	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	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
対象経費	<p>○(ア)①～⑥に該当する事業所・施設等の場合</p> <p>【緊急時の介護人材確保に係る費用】</p> <p>①緊急時の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保</p> <p>②職員雇用にかかる費用、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）</p> <p>③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</p> <p>④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</p> <p>【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】</p> <p>⑤介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用</p> <p>⑥感染性廃棄物の処理費用</p> <p>⑦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</p> <p>⑧通所系サービスの代替サービス提供のための費用</p> <p>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）</p> <p>※なお、②、⑥については、代替サービス提供期間のみに限る</p>			<p>【緊急時の介護人材確保に係る費用】</p> <p>①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</p> <p>②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</p> <p>【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】</p> <p>③通所系サービスの代替サービス提供のための費用</p> <p>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）</p> <p>※なお、①、②については、代替サービス提供期間のみに限る</p>		<p>【連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用】</p> <p>①感染者が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護人材確保</p> <p>②感染者が発生した事業所・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</p>		
助成額	<p>・1事業所・施設等につき、(1)(ア)、(1)(イ)、(1)(ウ)それぞれを基準単価まで助成することができる。</p> <p>・事業所・施設等ごとに、基準単価と対象経費の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。</p> <p>・なお、(1)(ア)及び(ウ)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。</p>							

「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（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

別紙1

都道府県等からの休業の要請を受けて休業している場合における取扱いについて

1. 休業となった事業所と異なる事業所、公民館等の場所を使用して、当該事業所が指定を受けたサービスに相当するサービスを提供した場合

**算定方法**

通常提供しているサービス費と同様に、サービス提供時間等に応じ介護報酬を算定すること

2. 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場合

**算定方法（通所系サービスの場合）**

提供したサービス時間の区分に対応した報酬区分（通所系サービスの報酬区分）を算定する。

ただし、サービス提供時間が短時間（通所介護であれば2時間未満、通所リハであれば1時間未満）の場合は、それぞれのサービスの最短時間の報酬区分（通所介護であれば2時間以上3時間未満、通所リハであれば1時間以上2時間未満の報酬区分）で算定する。

なお、当該利用者に通常提供しているサービスに対応し、1日に複数回の訪問を行い、サービスを提供する場合には、それぞれのサービス提供時間に応じた報酬区分を算定できるものとするが、1日に算定できる報酬は居宅サービス計画書に位置付けられた提供時間に相当する報酬を上限とし、その場合は、居宅介護サービス計画書に位置付けられた提供時間に対応した報酬区分で算定する。

※ なお、居宅サービス計画書に基づいて通常提供しているサービスが提供されていた場合に算定できていた加算・減算については、引き続き、加算・減算を行うものとする。ただし、その他新型コロナウイルス感染症の患者等への対応等により、一時的に算定基準を満たすことができなくなる場合等については、「令和元年台風第19号に伴う災害における介護報酬等の取扱いについて」における取扱いに準じることに留意されたい。

「一定の要件に該当する自費検査費用」の要件について

## (1) 国実施要綱 抜粋

【別添1】

本実施要綱3(1)イ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、行政検査により、感染者が多数発覚している地域やクラスターが発生している地域において、特に高齢者施設（施設系・居住系）については、感染者が一人も発生していない施設であっても、職員・入所者全員を対象に、いわば一斉・定期的な検査を実施する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を助成対象とする。

1の対象施設等において、

- ・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
- ・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。

※「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、全身倦怠感などの症状を指す。

- 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、②については、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都道府県に提出すること。都道府県は必要に応じて保健所等にも確認して理由書の確認を行うこと。

※なお、感染者が確認された場合には、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。

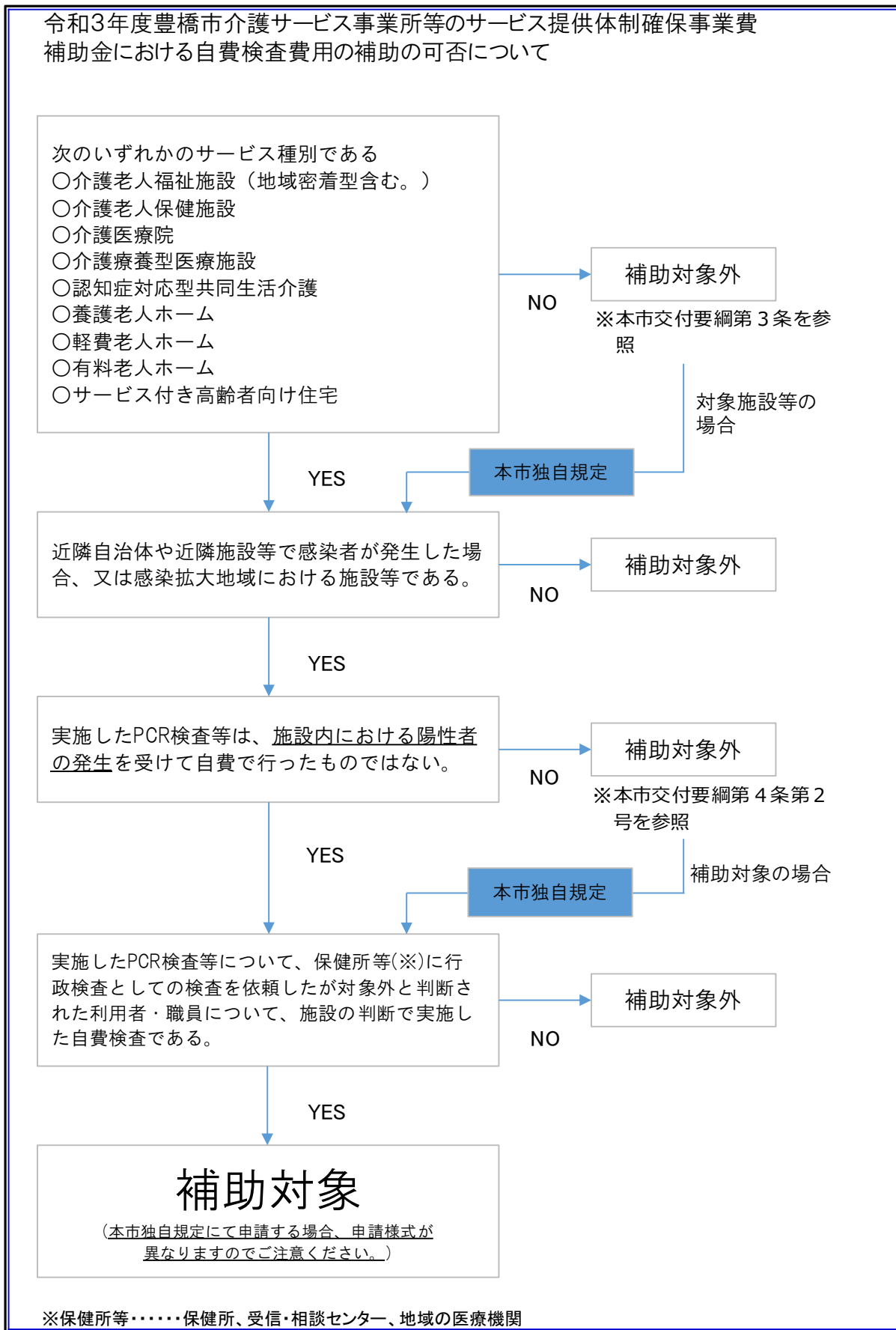
### 3 助成の上限額

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）



## (2) 自費検査対象確認フロー

次のフローにより、申請しようとする自費検査が対象となるか判断してください。



【別添2】

本実施要綱3(1)イの対象経費に記載する経費のうち、「感染症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、感染症対策の徹底、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（区域をわける）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とする。

- (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。  
※なお、(1)及び(2)については、参考のチェックリストに記載し、本事業の申請書と併せて都道府県に提出すること。また、都道府県は必要に応じて保健所等にも確認し、(1)及び(2)の確認を行うこと。

3 助成の上限額

施設内療養者一人あたり15万円とする。ただし、15日以内に入院した場合は、発症日から入院までの施設内での療養日数に応じ、一人当たり一日1万円を補助する。  
なお、別添3の補助単価の範囲内とする。

4 その他

本助成は、本実施3(1)イの対象経費の「(ア) a. ア(ア) ①から③に該当する事業所・施設等」への対象経費とあわせての助成が可能である。

国実施要綱の対象経費と交付申請書の対応及び類型ごとの申請可否

“○”…申請可能 “-”…申請不可

交付申請書上の経費区分		【感染対策徹底】	【代替サービス提供】	【施設内療養】	【居宅サービス切替】	【協力支援】
対象となる事業所・施設	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（職員に複数の濃厚接触者が発生し職員が不足した場合を含む）	○	○ (通所系サービスに限る。)	-	-	-
	②濃厚接触者に対応した短期入所系サービス事業所、介護施設等、訪問系サービス事業所	○	-	-	-	-
	③都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所	○	○ (通所系サービスに限る。)	-	-	-
	④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)	○ (一定の要件のもと実施された自費検査費用のみ)	-	-	-	-
	⑤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	-	-	○	-	-
	⑥新型コロナウイルス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(上記①、③に該当しない場合)	-	-	-	○	-
	⑦介護サービス事業所・施設等と連携する事業所・施設等(利用者の受け入れ、応援職員の派遣) ※以下の事業所・施設等と連携 ・①又は③に該当する事業所、施設等 ・自主的に休業した介護サービス事業所	-	-	-	-	○
国実施要綱(対象経費)	【緊急時の介護人材確保に係る費用】	○職員に感染等による人員不足に伴う介護人材の確保・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、一定の要件のもと実施された自費検査費用(介護施設等のみ)	○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 ・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	○感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用(高齢者施設等のみ)	○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 ・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	○連携により緊急時の人材確保支援を行うための費用 ・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
	【職場環境復旧・環境整備に係る費用】	○介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用 ○感染性廃棄物の処理費用 ○在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用	○通所系サービスの代替サービス提供のための費用 ・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、車や自転車のリース費用、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)	-	○通所系サービスの代替サービス提供のための費用 ・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、車や自転車のリース費用、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)	-