

長野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

(趣旨)

第1 この要綱は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえ、介護サービス事業所・介護施設等（以下「介護サービス事業所等」という。）が、関係者との緊急かつ密接な連携の下、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できるよう、通常の介護サービスの提供時では想定されないかかり増し経費等に対して、予算の範囲内で補助金を交付することについて、令和5年度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実施要綱（令和5年3月28日老発0328第3号厚生労働省老健局長通知（最終改正令和5年9月26日老発0926第2号）別紙。以下「実施要綱」という。）及び補助金等交付規則（昭和34年長野県規則第9号。以下「規則」という。）に定めのあるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(交付対象事業等)

第2 補助金の交付の対象は、次の各号に掲げる事業（以下「補助事業」という。）とする。

- (1) 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業（別表1に定める介護サービス事業所等が行う当該事業所等に係る事業）
- (2) 介護サービス事業所等との連携支援事業（別表1に定める介護サービス事業所等が行う当該事業所等に係る事業）
- (3) 応援職員派遣調整事業（別表2に定める介護サービス事業所等が行う当該事業所等に係る事業）

(交付の額の算定方法)

第3 補助金の交付の額は、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める方法により算出された額とする。

- (1) 第2(1)、(2)の事業及び(3)の事業のうち、応援職員派遣経費事業所・施設ごとに別表1及び別表2第2欄に定める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とする。ただし、当該額に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。  
なお、別表1(1)(ア)④に該当する施設等において、別表1別添2に定めるかかり増し費用についての追加補助の対象となる施設内療養を行った場合は、当該追加補助として別表1別添2の3に定める額を加算するものと

する。

- (2) 第2(3)の事業のうち、派遣法人協力費及び派遣調整協力費別表2第2欄に定める額とする。

(交付の条件)

第4 次の各号に掲げる事項は、補助金の交付の条件とする。

- (1) 補助事業の内容の変更(軽微な変更を除く。)をしようとするときは、速やかに知事に報告し、その承認を受けなければならないこと。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止しようとするときは、速やかに知事に報告し、その承認を受けなければならないこと。
- (3) 補助事業が予定期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告し、その承認を受けなければならないこと。
- (4) 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産については、補助事業の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、その効率的な運用を図らなければならないこと。
- (5) 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控除税額が確定した場合(仕入控除税額が0円の場合を含む。)は、消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書(様式第1号)により、速やかに知事に報告しなければならないこと。なお、補助事業者が全国的に事業を展開する組織の支部(又は一支社、一支所等)であって、自ら消費税及び地方消費税の申告を行わず、本部(又は本社、本所等)で消費税及び地方消費税の申告を行っている場合は、本部の課税売上割合等の申告内容に基づき報告を行わなければならないこと。また、この補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を県に返還しなければならないこと。
- (6) 補助事業に係る証拠書類等の保存については、次のとおりとすること。

ア 補助事業者(補助金の交付を受けて補助事業を実施する者をいう。以下同じ。)が地方公共団体の場合

補助事業に係る予算及び決算との関係を明らかにした調書を作成するとともに、補助事業に係る歳入及び歳出について証拠書類を整理し、かつ当該調書及び証拠書類を事業が完了する日(補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、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ければならない。

イ 補助事業者が地方公共団体以外の場合

補助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事業が

完了する日（補助事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、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ければならない。

(7) この補助金に係る対象経費を重複して、他の補助金等の交付を受けてはならないこと。

(補助金の交付方法)

第5 補助金の交付は、原則として精算払とする。ただし、補助事業者が補助事業の円滑な遂行を図るため、知事が必要と認めるときは、交付決定額の範囲内において、1回に限り補助金の概算払をすることができる。

(交付申請書の様式等)

第6 規則第3条に規定する申請書（以下「交付申請書」という。）及び規則第12条第1項に規定する実績報告書は、長野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兼実績報告書（様式第2-1号）とする。ただし、概算払いでの申請を行う場合の交付申請書は、長野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（様式第2-2号）とし、実績報告書は、第11によるものとする。

2 規則第3条及び第12条第1項に掲げる関係書類は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 交付申請額総括表（別紙1）
- (2) 事業所・施設等別申請額一覧表（別紙2）
- (3) 事業所・施設等別個票（別紙3）
- (4) 歳入歳出決算（見込）書の抄本又は収入支出決算（見込）書（概算払いでの申請の場合は歳入歳出予算（見込）書の抄本又は収入支出予算（見込）書）
- (5) 契約書等支出証拠書類の写し（概算払いでの申請の場合は不要）
- (6) その他参考となる書類

3 前項の書類の提出期限は、別に定める。

(交付の決定)

第7 知事は第6の規定による申請（概算払いでの申請を除く。）があったときは、その内容を審査し、申請内容が適当であると認めたときは、補助金の交付を決定するとともに補助金額を確定し、その旨を補助事業者に通知するものとする。

2 知事は第6の規定による概算払いでの申請があったときは、その内容を審

査し、申請内容が適当であると認めるときは、補助金の交付を決定し、その旨を補助事業者へ通知するものとする。

- 3 知事は、前2項の決定をする場合において、必要に応じ条件を付することができる。

(軽微な変更の範囲)

第8 第4第1号に規定する軽微な変更とは、補助金額の増額を伴わず、かつ、次の各号に掲げるいずれかの変更をいう。

- (1) 事業内容の著しい変更とならないもの
- (2) 補助対象経費の20パーセント以内で増額又は減額するもの
- (3) 事業内容に変更がなく、入札減などやむを得ない事由により補助金額を20パーセントの範囲内で減額するもの

(変更の申請等)

第9 第4第1号、第2号及び第3号の規定による承認の申請は、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める書類を提出して行うものとする。

- (1) 補助事業の内容の変更をしようとするとき  
長野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変更交付申請書(様式第3号)
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止しようとするとき  
長野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(中止・廃止)承認申請書(様式第4号)
- (3) 補助事業が予定の期間内に完了しないとき  
長野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期間延長承認申請書(様式第5号)

(変更等の承認)

第10 知事は、第9各号の変更等の申請があったときは、その内容を審査し、申請内容が適当であると認めるときは、その旨を補助事業者へ通知するものとする。

- 2 知事は、前項の承認をする場合において、必要に応じ交付決定の内容を変更し、又は条件を付することができる。

(実績報告書の様式等)

第11 第7第2号による補助金交付の決定を受けた場合の規則第12条第1項に規定する実績報告書及び関係書類は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 長野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事業実績報告書（様式第6号）
  - (2) 事業所・施設等別精算額一覧表（別紙1）
  - (3) 事業所・施設等別個票（別紙2）
  - (4) 歳入歳出決算（見込）書の抄本又は収入支出決算（見込）書
  - (5) 契約書等支出証拠書類の写し
  - (6) その他参考となる書類
- 2 前項の書類の提出期限は、補助事業が完了した日から起算して30日を経過した日又は補助金の交付決定のあった日の属する年度の3月31日のいずれか早い日とする。

（額の確定）

第12 知事は、第11の規定による実績報告書の提出があった場合において、その内容の審査及び必要に応じて行う検査の結果、相当と認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、その旨を補助事業者へ通知するものとする。

（交付の請求）

第13 補助事業者が、補助金の交付を受けようとするときは、長野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請求書（様式第7号。以下「補助金交付請求書」という。）を知事に提出するものとする。

（概算払の請求）

第14 補助事業者は、概算払を受けようとするときは、長野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概算払請求書（様式第8号）を知事に提出しなければならない。

- 2 第5の規定により補助金の概算払を受けている場合において、概算払を受けた額が第12の規定による補助金の確定額を超える場合は、補助事業者は、その差額を返還しなければならない。

（応援職員派遣調整団体が実施する事業の交付申請書等の様式の特例）

第15 第6、第11及び第13の規定にかかわらず、応援職員派遣調整団体が実施する事業の交付申請書、実績報告書、補助金交付請求書及び関係書類は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 長野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兼実績報告書兼交付請求書（様式

第9号)

(2) 長野県高齢者施設等応援職員派遣支援による職員の応援協力要請について(長野県高齢者施設等応援職員派遣支援に関する実施要領(令和3年1月20日付け2介第605号健康福祉部長通知)別紙様式1)

(3) 応援先施設等への職員の応援協力について(長野県高齢者施設等応援職員派遣支援に関する実施要領別紙様式2)

2 前項の書類の提出期限は、補助事業が完了した日から起算して30日を経過した日又は補助事業が完了した日の属する年度の3月31日のいずれか早い日とする。

(交付決定及び額の確定)

第16 前条の規定による交付申請及び実績報告があったときは、第7及び第12の規定により、交付決定及び額の確定を行うものとする。

(申請書等の提出部数)

第17 規則及びこの要綱の規定により知事に提出する書類は、1部とする。

(その他)

第18 この要綱に定めのあるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、別に定める。

附 則 (令和3年3月1日付け2介第740号)

この要綱は、令和3年3月1日から施行する。ただし、令和2年1月15日以降令和2年度末までに要した経費を対象とする。

附 則 (令和3年9月21日付け3介第483号)

この要綱の一部改正は、令和3年度の補助金から適用し、令和3年4月1日以降に要した経費等を対象とする。

附 則 (令和4年1月4日付け3介第687号)

この要綱の一部改正は、令和3年度の補助金から適用し、令和3年3月10月1日以降令和3年12月31日までに要した経費等を対象とする。

附 則 (令和4年3月10日付け3介第888号)

この要綱の一部改正は、令和3年度の補助金から適用し、令和3年4月1日以降に要した経費等を対象とする。

附 則（令和 4 年 7 月 20 日付け 4 介第 435 号）

この要綱の一部改正は、令和 4 年度の補助金から適用し、令和 4 年 4 月 1 日以降に要した経費等を対象とする。

附 則（令和 5 年 1 月 20 日付け 4 介第 822 号）

この要綱の一部改正は、令和 4 年度の補助金から適用し、令和 4 年 4 月 1 日以降に要した経費等を対象とする。

附 則（令和 5 年 8 月 18 日付け 5 介第 556 号）

- 1 この要綱の一部改正は、令和 5 年度の補助金から適用し、令和 5 年 4 月 1 日以降に要した経費等を対象とする。
- 2 前項の規定にかかわらず、令和 4 年 4 月 1 日から令和 5 年 3 月 31 日に要した経費等について、知事が適当と認めたときに限り、令和 5 年度の補助金の対象とし、その取扱いについては別に定める。

附 則（令和 5 年 9 月 15 日付け 5 介第 663 号）

この要綱の一部改正は、令和 5 年度の補助金から適用し、令和 5 年 5 月 8 日以降に要した経費等を対象とする。

附 則（令和 5 年 12 月 13 日付け 5 介第 1019 号）

この要綱の一部改正は、令和 5 年度の補助金から適用し、令和 5 年 10 月 1 日以降に要した経費等を対象とする。

別表1(第2関係) 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

基準単価(単位:千円、1事業所又は1定員当たり)			(1) 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		(2) 介護サービス事業所等との連携支援事業	
助成対象			各サービス共通		各サービス共通	
事業所・施設等の種別(※1)			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
	2	通所介護事業所	684	/事業所	684	/事業所
	3	大規模型(Ⅰ)	889	/事業所	889	/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
	5	認知症対応型通所介護事業所	226	/事業所	226	/事業所
	6	通常規模型	564	/事業所	564	/事業所
	7	通所リハビリテーション事業所	710	/事業所	710	/事業所
	8	大規模型(Ⅱ)	1,133	/事業所	1,133	/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及び②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職員等の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、連絡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、介護施設等に限り)</p> <p>②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</p> <p>【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】</p> <p>③介護サービス事業所・施設等の消毒、清掃費用</p> <p>④感染性廃棄物の処理費用</p> <p>⑤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</p> <p>⑥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、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>○(ア)③に該当する施設等の場合</p> <p>【緊急時の介護人材確保に係る費用】</p> <p>○職員等の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保 一定の要件に該当する自費検査費用(別添1のとおり、介護施設等に限り)</p> <p>○(ア)④に該当する高齢者施設等の場合</p> <p>【緊急時の介護人材確保に係る費用、職場環境の復旧・環境整備に係る費用】</p> <p>感染対策等を行った上で施設内療養に要する費用(別添2のとおり、高齢者施設等に限り)</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 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>② 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、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>	
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>・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、月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。</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)の(ア)及び(イ)の(イ)については、令和5年4月1日以降に生じた助成額については、(1)(ア)③を除く及び(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>		<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>・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</p> <p>・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</p>	

※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、通所系は通所介護事業所(通常規模型)と、訪問系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 「通所系サービスの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。



別表1(1)(ア)③に該当する施設等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「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を助成対象とする。

### 1 の対象施設等において、

- ・感染者と同居する職員
- ・面会後に面会に来た家族が感染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、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、行政検査として扱われる場合は、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、別表1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。

別表1(1)(ア)④に該当する施設等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（区域をわける）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医療機関・医師等への連絡・相談フローの確認等を、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とする。

- (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。

※なお、(1)及び(2)については、参考様式4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) 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）
  - ・入院の要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。

※(3)から(5)については、参考様式5のチェックリストに記載して、事前に都道府県に提出することとし、チェックリストで示された要件を満たす必要がある。なお、チェックリストの提出方法等については、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について」（令和5年3月17日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡）等を踏まえた都道府県からの依頼内容に基づき対応することとする。

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、助成額は別表1の基準単価の範囲外とし、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。

### 4 その他

本助成は、別表1(1)(ア)①及び②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。

別表2（第2関係）

（3）応援職員派遣調整事業

1 補助対象	2 補助基準単価等
<p>（1）介護サービス事業所等において、感染者が発生し、職員が不足した場合に、応援職員の派遣を行った介護サービス事業所等</p>	<p>（補助基準単価）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 応援職員派遣経費（補助対象経費）</li> </ul> <p>応援終了後に、感染防止のため職場復帰せず、待機する場合の 手当</p> <p>1人1日につき16千円（14日を限度とする。）</p> <p>※同一法人の介護サービス事業所等への派遣を含む。</p> <p>※応援職員派遣期間中の手当は除く（当該手当は、交付要綱第2（2）介護サービス事業所との連携支援事業の経費に計上のこと。）。</p> <p>（交付額）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣法人協力費</li> </ul> <p>派遣した応援職員1人1日につき10千円</p> <p>※対象期間は、派遣期間及び自宅待機期間（待機期間は14日を上限とする）。</p> <p>※派遣法人協力費については、同一法人の介護サービス事業所等への派遣を除く。</p>
<p>（2）応援職員派遣支援の実施にあたり応援職員の派遣を調整した団体</p>	<p>（交付額）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 派遣調整協力費</li> </ul> <p>感染発生施設等へ応援職員の派遣を調整した団体への協力費</p> <p>実派遣人数1人につき2千円（10万円を上限とする。）</p>

(様式第1号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

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 日付け長野県達第 号により額の確定のあった長野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、下記のとおり報告します。

記

1 事業名

長野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

2 交付要綱第7及び第12の規定による確定額

金 円

3 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（要補助金返還相当額）

金 円

※ 参考となる書類を添付すること（3の金額の積算の内訳等）

(別紙1-1 課税売上割合が95%以上)

(別紙概要)

1 施設名

2 開設者名 (法人の名称又は氏名)

3 施設の所在地

4 補助事業名

5 補助金確定額

円

6 仕入控除税額の概要

(1) 仕入控除税額 (全額控除)

$$\text{補助金確定額} \times \frac{10}{110} = \text{0} \dots\dots\dots (\text{返還額})$$

(2) 添付書類

- ・消費税及び地方消費税の確定申告書の写し
- ・課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表の写し

(別紙1-1 個別対応方式)

(別紙概要)

1 施設名

2 開設者名 (法人の名称又は氏名)

3 施設の所在地

4 補助事業名

5 補助金確定額

円

6 仕入控除税額の概要

(1) 対象経費 (または補助金) の使途の内訳

課税期間	課税仕入			非課税仕入	合計 (D)
	課税売上対応分 (A)	非課税売上対応分 (B)	共通対応分 (C)		
令和 年 月 日～令和 年 月 日					0
令和 年 月 日～令和 年 月 日					0
合計	0	0	0	0	0

(2) 課税売上割合

令和 年 月 日～令和 年 月 日	(E)
令和 年 月 日～令和 年 月 日	(F)

(3) 支出のうち課税仕入れの占める割合

・個別対応方式の場合

	課税売上対応分 (G) ・ ・ (A/D)	共通対応分 (H) ・ ・ (C/D)
令和 年 月 日～令和 年 月 日	0	0
令和 年 月 日～令和 年 月 日	0	0

(4) 仕入控除税額 (個別対応方式)

	課税売上対応分： 補助金確定額 × (G) × 10/110 × I※	共通対応分： 補助金確定額 × (H) × 10/110 × J※ × 課税売上割合	返還額
令和 年 月 日～令和 年 月 日	0	0	0 (K)
令和 年 月 日～令和 年 月 日	0	0	0 (L)
合計 ( (K) + (L) )			0

I※ (該当する課税期間の課税売上対応分/課税売上対応分合計)

J※ (該当する課税期間の共通対応分/共通対応分合計)

(5) 添付書類

- ・消費税及び地方消費税の確定申告書の写し
- ・課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表の写し

(別紙概要)

1 施設名

2 開設者名 (法人の名称又は氏名)

3 施設の所在地

4 補助事業名

5 補助金確定額

 円

6 仕入控除税額の概要

(1) 対象経費 (または補助金) の使途の内訳

課税期間	課税仕入 (A)	非課税仕入	合計 (B)
令和 月 月 日～令和 年 月 日			0
令和 月 月 日～令和 年 月 日			0
合計	0	0	0

(2) 課税売上割合

令和 月 月 日～令和 年 月 日	
令和 月 月 日～令和 年 月 日	

(3) 支出のうち課税仕入の占める割合

・一括比例配分方式の場合

	課税仕入 (C) ・ ・ (A) / (B)
令和 月 月 日～令和 年 月 日	0
令和 月 月 日～令和 年 月 日	0

(4) 仕入控除税額 (一括比例配分方式)

	補助金確定額 × (C) × 10 / 110 × (D) ※ × 課税売上割合
令和 月 月 日～令和 年 月 日	0
令和 月 月 日～令和 年 月 日	0
合計 (返還額)	0

(D) ※ (該当する課税期間の課税仕入 / 課税仕入の合計)

(5) 添付書類

- ・消費税及び地方消費税の確定申告書の写し
- ・課税売上割合・控除対象仕入税額等の計算表の写し



(別紙概要)

1 施設名

2 開設者名 (法人の名称又は氏名)

3 施設の所在地

4 補助事業名

5 補助金確定額

円

6 仕入控除税額の概要

(1) 返還額がない理由 (該当するものに○をしてください。)

- ア 消費税の確定申告の義務がないため
- イ 簡易課税方式により申告しているため
- ウ 特定収入割合が5%を超えるため
- エ 補助対象経費に係る消費税等を、個別対応方式において「非課税売上のみ」に要するものとして申告しているため
- オ 補助対象経費が人件費等の非課税仕入のみに該当するため

(2) 添付書類

- ・簡易課税方式により申告している場合は、「消費税及び地方消費税の確定申告書 (簡易課税用)」の写し
- ・特定収入割合が5%を超える場合は、「消費税及び地方消費税の確定申告書」の写し及び「特定収入割合が5%を超えていることが確認できる書類」

(様式第2-1号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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兼実績報告書

このことについて、下記のとおり申請し、報告します。

記

1	補助金申請（精算）額	金		円
2	事業着手日	年	月	日
3	事業完了日	年	月	日

(添付書類)

- 1 交付申請額総括表（別紙1）
- 2 事業所・施設等別申請額一覧表（別紙2）
- 3 事業所・施設等別個票（別紙3）
- 4 歳入歳出決算（見込）書の抄本又は収入支出決算（見込）書
- 5 契約書等支出証拠書類の写し
- 6 その他参考となる書類

長野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（交付申請額総括表）

令和5年度  回目

申請者	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> )			
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
	代表者の職・氏名	職名	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>
	申請に関する担当者	職名	<input type="text"/>	氏名	<input type="text"/>
申請内容					
補助対象		1. 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		2. 介護サービス事業所等との連携支援事業	
サービス種別		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
通所系	通所介護事業所（通常規模型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	地域密着型通所介護事業所（療養通所介護事業所を含む）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	認知症対応型通所介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
短期入所系	短期入所生活介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	短期入所療養介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
訪問系	訪問介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	訪問入浴介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	訪問看護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	訪問リハビリテーション事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	夜間対応型訪問介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	居宅介護支援事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	福祉用具貸与事業所	— 箇所	— 千円	0 箇所	0 千円
多機能型	居宅療養管理指導事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	小規模多機能型居宅介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
入所施設・居住系	看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護老人福祉施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	地域密着型介護老人福祉施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護老人保健施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護医療院	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	介護療養型医療施設	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	認知症対応型共同生活介護事業所	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	養護老人ホーム（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	養護老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	有料老人ホーム（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	有料老人ホーム（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
	サービス付き高齢者向け住宅（定員30人以上）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
サービス付き高齢者向け住宅（定員29人以下）	0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円	
小計		0 箇所	0 千円	0 箇所	0 千円
3. 応援職員派遣調整事業					0 千円
合計					0 千円

国協議を希望する 0 千円  
国協議をしない 0 千円

様式第2-1号、第2-2号(別紙2)事業所・施設等別申請額一覧表【令和5年度(令和5年10月1日以降)に生じた費用分】

事業所・施設等として、当年度において何回目の申請になるかを記入してください(初めての申請の場合は1回目としてください)。

これまでの交付決定(申請)済額の総額を記入してください(申請回数が2回目以降の場合)。

・セルが赤くなった場合((a)<(b)+(c)の場合)に、協議の希望の有無を選択してください。  
 ・協議を希望する場合、経費に応じて別に個別協議書(別添1・2)の作成が必要です(この場合、交付決定が1~3か月遅れる見込みです)。

・通年((b)+(c))で基準単価を超えるが国協議を希望しない場合:(e)=(a)-(b)  
 ・ " " を超えて国協議を希望する場合、又は基準単価内の場合:(e)=(c)

(単位:千円)

No.	事業所・施設等名	サービス種別	R5年度 申請回数	1.介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業						2.介護サービス事業所等との連携支援事業						3.応援職員派遣調整事業		既交付決定 (申請)済額 総計 (q)=(h)+(k)+(c)	申請額計 (r)=(i)+(n)+(p)
				施設内療養費を除く			施設内療養費分			既交付決定 (申請)済額 計 (h)=(b)+(f)	申請額 (i)=(e)+(g)	2.介護サービス事業所等との連携支援事業			既交付決定 (申請)済額 (o)	申請額(p)			
				基準単価(a)	既交付決定 (申請)済額 (b)	所要額① (c)	国への個別 協議対象額 (d)	国への 個別協議	申請額(e)			既交付決定 (申請)済額(f)	所要額② (g)	基準単価(j)			既交付決定 (申請)済額 (k)		
1			回目																
2			回目																
3			回目																
4			回目																
5			回目																
6			回目																
7			回目																
8			回目																
9			回目																
10			回目																
11			回目																
12			回目																
13			回目																
14			回目																
15			回目																
合計																			

国協議を希望する 0 0 0 0 0  
 国協議をしない 0 0 0 0 0

(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(j)」は、「長野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」の別表1の基準単価を記入すること。
- 3 「所要額①(c)」、「所要額②(g)」、「所要額(l)及び「申請額(p)」は、「(別紙3)事業所・施設等別個票」の1、2及び3に記載した所要額及び申請額(いずれも千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4 「申請額(i)」は、「基準単価(a)」と「所要額①(c)」を比較して低い方の額及び「所要額②(g)」の合計を、「申請額(n)」は、「基準単価(j)」と「所要額(l)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること(いずれも国協議を行う場合を除く)。
- 5 「申請額計(r)」は、「申請額(i)」、「申請額(n)」及び「申請額(p)」の合計額を記入すること。

事業所・施設等の状況	フリガナ				介護保険事業所番号
	事業所・施設等の名称				
	サービス種別		定員		人
	事業所・施設等の所在地	(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>
	連絡先	電話番号		E-mail	
	管理者の氏名				
区分	1. 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業 2. 介護サービス事業所等との連携支援事業 3. 応援職員派遣調整事業				

1. 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業	基準単価	千円	所要額① <small>(施設内療養費を除く)</small>	千円	所要額② <small>(施設内療養費分)</small>	千円
	助成対象の区分	<small>※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)</small>			<small>※積算内訳の合計額の千円未満切り捨て</small>	

(ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る。以下同じ)に対応した介護サービス事業所・施設等 ①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(職員に感染者と接触があった者が複数発生し、職員が不足した場合を含む) (※1~※4) ②感染者と接触があった者に対応した訪問系サービス事業所(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1) ③感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等(①、②の場合を除く)(※1) ④施設内療養を行った高齢者施設等(※5)  (イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4) (ア)①以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所(通常形態での通所サービス提供が困難であり、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))	
--	--

<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
(ア)に要する経費	0	
(イ)に要する経費	0	国協議の対象とならないので注意。

「6. 積算内訳の詳細」に記入した各費目の合計が転記されます。		
合計	0	

<積算内訳②:施設内療養費分>

費目	所要額②(円)	人数・日数等
通常分		
追加分		
合計	0	

内訳・説明資料として、(参考様式3)施設療養者リスト、(参考様式4・5)施設内療養チェックリストを作成し、(参考様式3)の所要額を転記してください。

2. 介護サービス事業所等との連携支援事業

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)	※積算内訳の合計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) ・(ア)の①に該当する介護サービス事業所・施設等 ・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
(ウ)に要する経費	0	
「6. 積算内訳の詳細」に記入した合計が転記されます。		
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(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

3. 応援職員派遣調整事業

No	応援職員氏名	派遣期間				待機期間					
		(始) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間
1		(終) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間
2		(終) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間
3		(終) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間
4		(終) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間
5		(終) R	年	月	日	日間	(始) R	年	月	日	日間

証拠書類は、記載した氏名・派遣(待機)期間・手当額が分かるもの(給与台帳(給与明細)、勤務表(シフト表)等の該当箇所の写し)を添付してください。

No	応援職員氏名	待機期間中の割増手当				派遣法人協力費			申請額(円)(h) (d)+(g)
		基準単価(円)(a)	手当額(円)(b)	待機期間(日間)(c)	計(円)(d) (a)と(b)の少ない方の額×	基準単価(円)(e)	派遣期間・待機期間(日間)(f)	計(円)(g) (e)×(f)	
1		16,000		0	0	10,000	0	0	0
2		16,000		0	0	10,000	0	0	0
3		16,000		0	0	10,000	0	0	0
4		16,000		0	0	10,000	0	0	0
5		16,000		0	0	10,000	0	0	0
金額計					0			0	0

※行が不足する場合は適宜追加してください。  
 ※応援職員派遣期間中の手当は、「2. 介護サービス事業所等との連携支援事業」により申請してください。

0 千円

フリガナ	
事業所・施設等の名称	

4. 対象期間 ※1回の申請で対象期間が複数ある場合は、適宜追加してください。

- ・1(ア)(イ)に係る発生日：令和 年 月 日 ～ 収束日：令和 年 月 日
- ・2(ウ)(派遣先)に係る発生日：令和 年 月 日 ～ 収束日：令和 年 月 日
- ・発生日：最初の感染者の発症日又は感染者と接触があった者(利用者)に対応した日を記載してください。
- ・収束日：全ての感染者(感染者と接触があった者)の待期期間・療養期間が終了した日を記載してください。

5. 対象期間の詳細

6. 積算内訳の詳細

・下記の表と証拠書類との付合せができるよう、必ず証拠書類の該当箇所に下線又は色付けし、下記の表のNo.を記載してください(手書きで可)。

・1つの費目の中で対象数が多くても(特に「割増賃金・手当」や「衛生用品購入」等)、下記の表に全て記載するとともに、「等」や「他」で省略せず、全ての種類を記載してください。その際、商品名ではなく、品目名を記載してください(×「〇〇キラー」、○「手指用消毒液」等)。

・人件費で「コロナ対応に係る業務手当」を計上する場合、手当の概要・単価が分かる資料を添付してください。

※同手当については、職員一人につき、月額による支給の場合には1日あたり4千円、1月あたり2万円を超えないようにして下さい。また、月額又は時給による支給の場合には1月あたり2万円を超えないようにして下さい。

●助成対象の区分:「1. 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業(ア)」

(i) 人件費

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

☞選択

☞単位を選択☞

No.	費目	氏名	対象日又は期間	職種	支給額(円)	緊急雇用/手当名	単価	所要期間
1					0		円/	
2					0		円/	
3					0		円/	
4					0		円/	
5					0		円/	
計					0			

行が不足する場合は適宜追加してください。

(ii) 物品・その他

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

☞セット購入の場合は(100個)等と付記☞

☞単位記入☞

☞必要に応じ記入(単位も)☞

No.	費目	購入日・対象期間	購入先・契約先・連携先	金額(円)	内容・物品名等	単価	必要数	人数等
1				0		円/		
2				0		円/		
3				0		円/		
4				0		円/		
5				0		円/		
6				0		円/		
7				0		円/		
8				0		円/		
9				0		円/		
10				0		円/		
計				0				

行が不足する場合は適宜追加してください。

●助成対象の区分:「1. 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業(イ)」

(i) 人件費

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

☞選択

単位を選択☞

No.	費目	氏名	対象日又は期間	職種	支給額(円)	緊急雇用/手当名	単価	所要期間
1					0		円/	
2					0		円/	
3					0		円/	
計					0			

行が不足する場合は適宜追加してください。

(ii) 物品・その他

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

セット購入の場合は(100個)等と付記☞

単位記入☞ 必要に応じ記入(単位も)☞

No.	費目	購入日・対象期間	購入先・契約先・連携先	金額(円)	内容・物品名等	単価	必要数	人数等
1				0		円/		
2				0		円/		
3				0		円/		
計				0				

行が不足する場合は適宜追加してください。

●助成対象の区分:「2. 介護サービス事業所等との連携支援事業(ウ)」

(i) 人件費

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

☞選択

単位を選択☞

No.	費目	氏名	対象日又は期間	職種	支給額(円)	緊急雇用/手当名	単価	所要期間
1					0		円/	
2					0		円/	
3					0		円/	
4					0		円/	
5					0		円/	
計					0			

行が不足する場合は適宜追加してください。

(ii) 物品・その他

☞原則「4. 対象期間」の範囲内

セット購入の場合は(100個)等と付記☞

単位記入☞ 必要に応じ記入(単位も)☞

No.	費目	購入日・対象期間	購入先・契約先・連携先	金額(円)	内容・物品名等	単価	必要数	人数等
1				0		円/		
2				0		円/		
3				0		円/		
4				0		円/		
5				0		円/		
計				0				

行が不足する場合は適宜追加してください。

人件費に係る証拠書類

記載した氏名・期間・手当名・支給額が分かるもの(給与台帳(給与明細)、勤務表(シフト表)等の該当箇所の写し)を添付してください。

その他経費に係る証拠書類

記載した経費名・発生日又は期間・契約の相手方等・金額が分かるもの(契約書、領収書、請求書、納品書等の写し(記載内容が確認できればいずれかで可))を添付してください。



(参考様式1)

収入支出決算(見込)書

法人名:

(収入) (単位:円)

区 分	(1)介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		(2)介護サービス事業所等との連携支援事業		(3)応援職員派遣調整事業				計
					応援職員派遣経費		派遣法人協力費		
	金額	備考	金額	備考	金額	備考	金額	備考	
県補助金	0		0		0		0		0
事業者自己財源	0		0		0				0
借入金	0		0		0				0
その他 ( )	0		0		0				0
計	0		0		0		0		0

(支出) (単位:円)

区 分	(1)介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		(2)介護サービス事業所等との連携支援事業		(3)応援職員派遣調整事業				計
					応援職員派遣経費		派遣法人協力費		
	金額	備考	金額	備考	金額	備考	金額	備考	
人件費	0		0		0				0
委託費	0		0		0				0
旅費	0		0		0				0
需用費	0		0		0				0
施設内療養費	0		0		0				0
	0		0		0				0
計	0		0		0				0

※1 (1)、(2)、(3)の応援職員派遣経費については、収入と支出の計が一致すること。

※2 支出の備考欄には、個票の備考欄に記載した経費のうち、主な経費を記載すること。

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

(法人等の名称)

(代表者職・氏名)

(参考様式1)

収入支出決算(見込)書 (個票)

法人名:

事業所・施設等名:

(収入)

(単位:円)

区 分	(1)介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		(2)介護サービス事業所等との連携支援事業		(3)応援職員派遣調整事業				計
					応援職員派遣経費		派遣法人協力費		
	金額	備考	金額	備考	金額	備考	金額	備考	
県補助金									0
事業者自己財源									0
借入金									0
その他 ( )									0
計	0		0		0		0		0

(支出)

(単位:円)

区 分	(1)介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業		(2)介護サービス事業所等との連携支援事業		(3)応援職員派遣調整事業				計
					応援職員派遣経費		派遣法人協力費		
	金額	備考	金額	備考	金額	備考	金額	備考	
人件費									0
委託費									0
旅費									0
需用費等									0
施設内療養費									0
									0
計	0		0		0				0

※1 (1)、(2)、(3)の応援職員派遣経費については、収入と支出の計が一致すること。

※2 支出の備考欄には、計上している主な経費を記載すること。

一定の要件に該当する自費検査費用の補助に係るチェックリスト  
(令和5年5月8日以降)

法人名	
事業所名	
サービス種別	

1 チェックリスト (以下の全ての項目を満たす場合に限り、補助の対象となります。)

↓チェック欄(選択)

確認項目
施設の利用者や職員に感染が発生する前の検査である、又は感染者が確認され、保健所等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ため行った検査である。
以下のいずれかに該当する者への検査である。 ①感染者と同居する職員 ②面会后に面会に来た家族が感染者であることが判明した入所者
定期的な検査や一斉検査ではない。
近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生している、又は感染拡大地域における施設等である。

2 自費検査を行った経緯を、検査回数ごとに記載してください。

例) 1回目: ○月2日に職員の同居家族が感染者となったため、○月2日に当該職員に対し自費検査を実施した。  
2回目: ○月4日に職員が発熱したが、行政検査の対象とされなかったため、○月5日に当該職員に対し検査を実施した。  
3回目: ○月5日に入所者が家族と面会した。その家族が感染したことが○月6日に判明したが、保健所の判断では行政検査の対象とならなかったため、○月7日に当該入所者に対し検査を実施した。

3 補助対象となる検査費用

1回あたりの検査費用: [ ] 円/回      検査回数: [ ] 回  
⇒      0      円/回      ×      0      回      =      [ 0 ] 円

※費用の根拠書類(領収書等)を提出してください。  
※検査キットを購入した場合、補助対象となる検査回数分の費用を計上してください。  
(例: 10個入り30,000円の検査キットを購入し、対象となる検査を3回行った場合→30,000×3/10=9,000円)

※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 [ ]

(参考様式3) 療養者リスト【大規模(定員30人以上)用】様式第2-1号(交付申請書兼実績報告書)の別紙3 個票の(積算内訳②:施設内療養分)の内訳資料

R5. 10. 1～用

療養状況はプルダウンから選択  
 ①療養開始:「発症日」を選択  
 ②療養期間中:「療養」を選択  
 ③療養終了:「解除」、「ご逝去」、「入院」のいずれかを選択  
 ※「解除」は保健所への連絡日

施設内療養が11日以上になった場合、一旦入院できたが退院後再度施設内療養になった場合等の経過等を記載

事業所・施設の名称: \_\_\_\_\_  
 定員: \_\_\_\_\_人

日付は実態に合わせて修正してください。

申請できる療養日数:原則10日以内、最長15日間  
 ※16日以上になるとエラーが表示されます。

氏名	10月1日	10月2日	10月3日	10月4日	10月5日	10月6日	10月7日	10月8日	10月9日	10月10日	10月11日	10月12日	10月13日	10月14日	10月15日	10月16日	10月17日	10月18日	10月19日	10月20日	10月21日	10月22日	10月23日	10月24日	10月25日	10月26日	10月27日	10月28日	10月29日	10月30日	計(日)	備考
1																															0	
2																															0	
3																															0	
4																															0	
5																															0	
6																															0	
7																															0	
8																															0	
9																															0	
10																															0	
11																															0	
12																															0	
13																															0	
14																															0	
15																															0	
療養人数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
申請金額(円)※	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
通常分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
追加分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

R5年度における追加分に係る既交付決定(申請)済額: 円

※申請金額の単価: 1人あたり1日5千円(最大75千円)  
 追加分の申請の条件: 大規模施設(定員30名以上): 療養人数10人以上/日、小規模施設(定員29名以下): 療養人数4人以上/日  
 " の限度額: 大規模施設(定員30名以上): 5,000千円、小規模施設(定員29名以下): 2,000千円

(参考様式3) 療養者リスト【小規模(定員29人以下)用】 様式第2-1号(交付申請書兼実績報告書)の別紙3 個票の<積算内訳②:施設内療養分>の内訳資料

R5. 10. 1~用

施設内療養が11日以上になった場合、一旦入院できたが退院後再度施設内療養になった場合等の経過等を記載

療養状況はプルダウンから選択  
 ①療養開始:「発症日」を選択  
 ②療養期間中:「療養」を選択  
 ③療養終了:「解除」、「ご逝去」、「入院」のいずれかを選択  
 ※「解除」は保健所への連絡日

事業所・施設の名称: \_\_\_\_\_  
 定員: \_\_\_\_\_人

日付は実態に合わせて修正してください。

申請できる療養日数:原則10日以内、最長15日間  
 ※16日以上になるとエラーが表示されます。

氏名	10月1日	10月2日	10月3日	10月4日	10月5日	10月6日	10月7日	10月8日	10月9日	10月10日	10月11日	10月12日	10月13日	10月14日	10月15日	10月16日	10月17日	10月18日	10月19日	10月20日	10月21日	10月22日	10月23日	10月24日	10月25日	10月26日	10月27日	10月28日	10月29日	10月30日	計(日)	備考
1																															0	
2																															0	
3																															0	
4																															0	
5																															0	
6																															0	
7																															0	
8																															0	
9																															0	
10																															0	
11																															0	
12																															0	
13																															0	
14																															0	
15																															0	
療養人数(人)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
申請金額(円)※	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
通常分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
追加分	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

R5年度における追加分に係る既交付決定(申請)済額: 円

※申請金額の単価: 1人あたり1日5千円(最大75千円)  
 追加分の申請の条件: 大規模施設(定員30名以上): 療養人数10人以上/日、小規模施設(定員29名以下): 療養人数4人以上/日  
 " の限度額: 大規模施設(定員30名以上): 5,000千円、小規模施設(定員29名以下): 2,000千円

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  
(令和5年5月8日以降)

法人名	
事業所名	
サービス種別	

チェックリスト

↓チェック欄(選択)

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(区域をわける)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。

- ・施設内療養者数の人数(参考様式3において計上した人数)を記載してください。
- ・施設内療養費の計上についても、根拠が分かる資料を保存しておき、求めがあった場合は、速やかに提出いただくようお願いします。

その他

施設内療養者数：○名

※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  
(令和5年5月8日以降)

法人名	
事業所名	
サービス種別	

施設種別		黄色セル→入力必須	黄色セル→入力必須
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も含まれます。)</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>令和5年5月7日までに、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。</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>令和5年5月7日までに、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。</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は、入所者への接種動向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は、入所者への接種動向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。  
※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となる場合があります。

施設名	
代表者名	
記入日	令和 年 月 日

# 確 認 書

## 【補助金名】

長野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

確 認 事 項	チェック欄
<p>申請法人(申請者)は、以下の要件を全て満たしていますか(全てに「○」がつきますか)。 以下の要件を確認し、チェック欄に「○」を入力してください。</p>	
<p>1 県内市町村において、次の施設・事業所を設置又は運営している。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>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、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、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、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</p> </div>	<input type="checkbox"/>
<p>2 補助対象は、要綱別表1（第2関係）（1）（ア）①～④及び（イ）並びに（2）（ウ）、別表2（第2関係）（1）及び（2）であることを承知し、申請施設・事業所が該当していることを確認している。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>3 補助対象経費は、要綱別表1（第2関係）、要綱別表2（第2関係）、長野県高齢者施設等応援職員派遣支援に関する費用の補助について（参考資料）に記載のものが対象であり、また、事業所・施設等の種別等に応じて基準単価（上限額）が設定されていることを承知している。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>4 補助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、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日の属する年度の終了後5年間保管しなければならないことを承知している。</p>	<input type="checkbox"/>
<p>5 この補助金に係る補助金の交付と対象経費を重複して、他の補助金の交付を受けてはならないことを承知している。</p>	<input type="checkbox"/>

長野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の申請に際し、上記全ての項目を確認しました。

確 認 年 月 日 : 令和    年    月    日

申請法人(申請者)名 :



(様式第 2 - 2 号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号

住所

法人名

代表者氏名

長野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

このことについて、下記のとおり申請します。

記

交付申請額 金 円

(添付書類)

- 1 交付申請額総括表 (別紙 1)
- 2 事業所・施設等別申請額一覧表 (別紙 2)
- 3 事業所・施設等別個票 (別紙 3)
- 4 歳入歳出予算 (見込) 書の抄本又は収入支出予算 (見込) 書
- 5 その他参考となる書類

(様式第3号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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変更交付申請書

令和 年 月 日付け長野県指令第 号で交付決定のあった長野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下記のとおり変更したいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 補助金交付申請額

追加交付/一部取消申請額	金	円
既交付決定額	金	円
変更後所要額	金	円

2 変更の理由及び変更内容

(添付書類) ※変更後のものを添付

- 1 変更交付申請額総括表 (別紙1) (※変更前の数字を二重線で消してください)
- 2 事業所・施設等別申請額一覧表 (別紙2)
- 3 事業所・施設等別個票 (別紙3)
- 4 歳入歳出予算 (見込) 書の抄本又は収入支出予算 (見込) 書

(様式第4号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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（中止・廃止）承認申請書

令和 年 月 日付け長野県指令第 号で交付決定のあった長野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補助事業を次のとおり（中止・廃止）したいので承認を受けたく、関係書類を添えて申請します。

記

1 (中止・廃止) の内容

事業内容	(中止・廃止)前	(中止・廃止)後

2 (中止・廃止) の理由

(様式第5号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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  
支援事業費補助金期間延長承認申請書

令和 年 月 日付け長野県指令第 号で交付決定のあった長野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補助事業について、下記のとおり延長したいので承認してください。

記

- 1 事業名
- 2 事業が予定期間内に完了しない理由
- 3 事業の進捗状況
- 4 事業期間延長後の完了予定期日

(様式第6号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号

住所

法人名

代表者氏名

長野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  
支援事業費補助金事業実績報告書

このことについて、下記のとおり報告します。

記

- |   |        |   |   |   |
|---|--------|---|---|---|
| 1 | 補助金精算額 | 金 |   | 円 |
| 2 | 事業着手日  | 年 | 月 | 日 |
| 3 | 事業完了日  | 年 | 月 | 日 |

(添付書類)

- 1 事業所・施設等別精算額一覧表 (別紙1)
- 2 事業所・施設等別個票 (別紙2)
- 3 歳入歳出決算 (見込) 書の抄本又は収入支出決算 (見込) 書
- 4 契約書等支出証拠書類の写し
- 5 その他参考となる書類

(様式第7号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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請求書

令和 年 月 日付け長野県達第 号で額の確定のあった長野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、  
下記のとおり請求します。

記

- 1 確定額 円
- 2 概算払済額 円
- 3 交付請求額 円
- 4 振込先口座

金融機関名	
支店等名	
預金種別	
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

※口座名義人と法人名は一致すること。

(一致しない場合は、「委任状(任意様式、要押印)」を提出のこと。)

(様式第8号)

年 月 日

長野県知事 阿部 守一 様

郵便番号  
住所  
法人名  
代表者氏名

長野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  
支援事業費補助金概算払請求書

令和 年 月 日付け長野県指令第 号で交付決定のあった長野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、同交付要綱第14の規定により、概算払を次のとおり請求します。

1 補助金交付決定額	金	円
2 概算払請求額	金	円
3 差引残額	金	円

4 概算払を必要とする理由

5 振込先口座

金融機関名	
支店等名	
預金種別	
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

※口座名義人と法人名は一致すること。  
(一致しない場合は、「委任状(任意様式、要押印)」を提出のこと。)





#### 4 添付資料

長野県高齢者施設等応援職員派遣支援に関する実施要領の規定に基づく

- ・長野県高齢者施設等応援職員派遣支援による職員の応援協力要請について（別紙様式1）
- ・応援先施設等への職員の応援協力について（別紙様式2）