

令和2年度千葉県新型コロナウイルス感染症  
に係る介護サービス継続支援事業費補助金  
申請マニュアル

Ver.1（令和2年10月1日）

Ver.2（令和3年2月26日）

千葉県

## 目次

1 本事業について .....	3
1-1 事業所等の用語の定義 .....	3
1-2 各事業について .....	3
1-2-1 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業 .....	3
1-2-2 介護サービス事業所等との連携支援事業 .....	5
2 申請の流れ .....	6
2-1 申請スケジュール .....	6
2-2 申請期間 .....	8
2-3 提出先及び問い合わせ先 .....	8
3 提出書類の作成方法 .....	10
3-1 事前申出書の作成方法 .....	10
3-2 交付申請書兼実績報告書の作成方法 .....	11
3-3 請求書の作成方法 .....	21
3-4 仕入れ控除税額報告書の作成方法 .....	22
4 Q&A .....	23
4-1 申請について .....	23
4-2 補助金の対象について .....	23

## 1 本事業について

本補助金は、介護サービス事業所等が、関係者との緊急かつ密接な連携の下、新型コロナウイルスへの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ことができるよう、通常では想定されないかかり増し経費等に対して支援することを目的とする。

### 1-1 事業所等の用語の定義

本補助金において、次の(1)から(4)に掲げる用語をそれぞれ定義する。なお、(1)から(4)の事業所及び施設を総称して「介護サービス事業所等」という。

#### (1) 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。）

#### (2) 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。）

#### (3) 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（高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成13年法律第26号）第5条第1項に規定するサービス付き高齢者向け住宅をいう。）

#### (4) 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及び居宅療養管理指導事業所

### 1-2 各事業について

#### 1-2-1 介護サービス事業所等におけるサービス継続支援事業

令和2年1月15日以後に、次の「(1) 支援対象」のいずれかに該当する事業所・施設が、関係者との緊急かつ緊密な連携の下、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するために必要な経費について支援を行う（福祉用具貸与事業所を除く。）。

## (1) 支援対象

- ア 千葉県から休業要請を受けた通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所
- イ 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した介護サービス事業所等（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。）
- ウ 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及び介護施設等
- エ アからウまでに定めるもののほか、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

## (2) 支援対象経費

- ・介護サービス事業所・介護施設等のサービス継続に必要な費用
  - ア 事業所・施設等の消毒・清掃費用
  - イ マスク、手袋、体温計等の衛生用品の購入費用
  - ウ 事業継続に必要な人員確保のための職業紹介料、賃金・手当（割増賃金を含む。以下同じ。）、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等
  - エ 連絡先の事業所・施設等への利用者の引き継ぎ等の際に生じる、介護報酬上では評価されない費用
  - オ 送迎を少人数で実施する場合に追加で必要となる車の購入又はリース費用等
- ・通所系サービス事業所が人数制限して行うサービス実施に係る費用
  - ア 通所しない利用者宅を訪問して安否確認等を行うために必要な車や自転車の購入又はリース費用等
  - イ ICTを活用し、通所しない利用者に対して安否確認等を行うための利用者用タブレットのリース費用等（通信費用は除く。）
- ・通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所が事業所外の代替の場所にて行うサービス実施に係る費用
  - ア サービス提供場所の賃料、物品の使用料等
  - イ 職員の交通費、利用者の送迎に係る費用
- ・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。）による訪問サービス実施に係る費用
  - ア 訪問サービス実施に伴う人員確保のための職業紹介料、賃金・手当

- イ 訪問介護事業所に所属する訪問介護員による同行指導への謝金
- ウ 訪問サービス実施に必要な車や自転車の購入又はリース費用等
- エ 訪問サービスの実施に伴う損害賠償保険の加入費用
- オ マスク、手袋、体温計等の衛生用品の購入費用

### 1-2-2 介護サービス事業所等との連携支援事業

令和2年1月15日以後に、次の「(1) 支援対象」のいずれかに該当する事業所・施設に、利用者の必要な介護サービスを確保する観点から、当該事業所・施設等の利用者の積極的な受け入れや職員が不足した場合に応援職員の派遣を行った、連携先の介護サービス事業所・介護施設等に対して、緊急かつ密接な連携を実施することに伴い必要となる経費について支援を行う。

#### (1) 支援対象

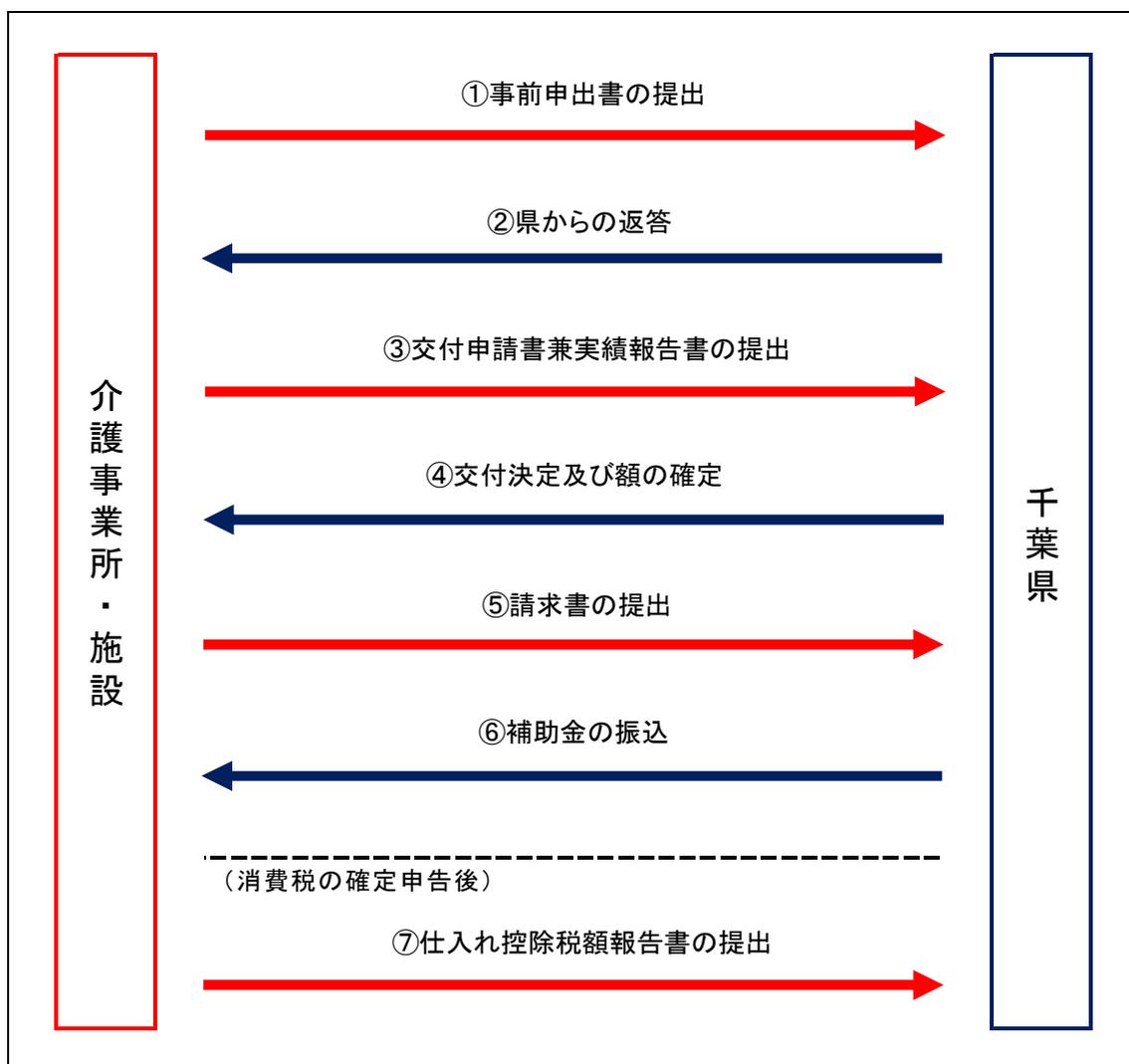
- ア 千葉県から休業要請を受けた通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所
- イ 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した介護サービス事業所等（職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。）
- ウ 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所（通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所及び訪問系サービス事業所に限る。）

#### (2) 支援対象経費

- ・利用者受け入れに係る連絡調整費用、職員確保費用
  - ア 追加で必要な人員確保のための職業紹介料、賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等
  - イ 利用者引き継ぎ等の際に生じる、介護報酬上では評価されない費用
- ・職員の応援派遣に係る費用
  - ア 職員を応援派遣するための諸経費（職業紹介料、賃金・手当、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用等）

## 2 申請の流れ

### 2-1 申請スケジュール



#### ①事前申出書の提出

本事業を申請する前に、「事前申出書」(エクセル)を作成し、千葉県健康福祉部高齢者福祉課までメールで送付してください。

提出先及び問い合わせ先は、本マニュアル《2-3 提出先及び問い合わせ先》に記載のメールアドレス宛てに送付して下さい。

#### ②県からの返答

受領した「事前申出書」を確認し、本補助金の対象の介護サービス事業所等である場合は、県から本補助金を御案内します。

(対象とならない場合もその旨連絡致します。)

### ③交付申請書兼実績報告書の提出

次の様式を作成し、千葉県健康福祉部高齢者福祉課まで郵送してください。

- ・【様式第1号】エクセルファイルの各シート
  - （総括表）令和2年度千葉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交付申請書兼実績報告書
  - （別紙(1)）事業所・施設別申請額兼実績報告書一覧
  - （別紙(2)）事業所・施設別個票
  - （別紙）積算内訳
- ※支出証拠書類（購入物資の領収書の写し、手当等の支給明細等の写し）を含む。
- ・【様式第3号】誓約書（ワード）
- ・【様式第4号】役員等名簿（エクセル）
  - ※役員等名簿については、郵送と併せて電子データをメールで送付してください。
- ・【様式第6号】収入・支出調書（エクセル）
- ・口座振替(送金)依頼書（エクセル）

### ④交付決定及び額の確定

交付申請書兼実績報告書を県が審査します。審査後、交付決定及び額の確定通知を送付します。

### ⑤請求書の提出

交付決定及び額の確定通知を受領した後、【様式第2号】補助金請求書（ワード）を作成し、千葉県健康福祉部高齢者福祉課まで郵送してください。

### ⑥補助金の振込

請求に基づき、補助金を振り込みます。

原則として、本マニュアル《2-2 申請期間》の交付申請締め切りから1か月半後の振込を予定しています。

### ⑦仕入れ控除税額報告書の提出

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額が確定した場合には、【様式第5号】仕入れ控除税額報告書（ワード）を作成し、郵送してください。

## 2-2 申請期間

第1回交付申請締め切り【令和2年10月30日（金）必着】

第2回交付申請締め切り【令和2年11月30日（月）必着】

第3回交付申請締め切り【令和2年12月25日（金）必着】

最終回交付申請締め切り【令和3年1月29日（金）必着】

## 2-3 提出先及び問い合わせ先

### (1) 提出先

宛先：千葉県健康福祉部高齢者福祉課サービス継続支援事業担当

住所：〒260-8667

千葉県千葉市中央区市場町1番1号

メールアドレス：[kaigoshinsei@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:kaigoshinsei@mz.pref.chiba.lg.jp)

※郵送の際は、封筒に朱書きで「サービス継続支援事業費補助金申請書類」と記載してください。

### 提出方法一覧

	紙媒体（郵送）	電子媒体（メール）
①事前申出書の提出		・事前申出書
③交付申請書兼実績報告書の提出	・【様式第1号】エクセルファイルの各シート ・【様式第3号】誓約書 ・【様式第4号】役員等名簿 ・【様式第6号】収入・支出調書 ・口座振替(送金)依頼書	・【様式第4号】役員等名簿
⑤請求書の提出	・【様式第2号】補助金請求書	
⑦仕入れ控除税額報告書の提出	・【様式第5号】仕入れ控除税額報告書	

(2) 問い合わせ先

- 特別養護老人ホーム、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

千葉県健康福祉部高齢者福祉課法人支援班

043-223-2350

- 上記を除く介護サービス事業所等

千葉県健康福祉部高齢者福祉課介護事業者指導班

043-223-2395

### 3 提出書類の作成方法

#### 3-1 事前申出書の作成方法

千葉県健康福祉部高齢者福祉課サービス継続支援事業担当 行

メールアドレス：kaigoshinsei@mz.pref.chiba.lg.jp

メールで提出してください。

令和 年 月 日

事前申出書 提出日を記載してください。

法人名		
担当者名		
連絡先	電話	連絡のつく電話番号・メールアドレスを記載してください。
	メール	

次の対象事業所について、（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又は（２）介護サービス事業所等との連携支援事業に該当することから、補助金の事前申し出を行います。

①	事業所名		
	サービス種類		
	介護事業所番号		
	該当項目（※２）	(1) ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	発生日（※１） 月 日
		(2) ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	発生日（※１） 月 日
備考（※３）			
②	事業所名	該当項目：エクセルファイル内の（項目）を確認し、該当箇所 所にチェックしてください。 備考（※３）については、できるだけ詳しく記入してください。	
	サービス種類		
	介護事業所番号		
	該当項目（※２）		
	備考（※３）		
例	事業所名	特別養護老人ホーム〇〇苑	
	サービス種類	介護老人福祉施設	
	介護事業所番号	123456789012	
	該当項目（※２）	(1) ① <input type="checkbox"/> ② <input checked="" type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/>	発生日（※１） 8月 1日
		(2) ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/>	発生日（※１） 月 日
備考（※３）	(1)②職員が8月1日にPCR検査で陽性になったため。		

行が足りない場合は、適宜追加してください。

（※１）千葉県の休業要請を受けて休業した日、感染者又は濃厚接触者が発生した日など、事象が発生した日を記入してください。**発生日以降の補助対象経費が本補助金の対象です。**

（※２）（項目）を参照し、チェックを入れてください。

（※３）備考欄には、該当項目でチェックしたものについて、詳細を記載してください。

（例：入居者が8月1日に濃厚接触者になった等）

### 3-2 交付申請書兼実績報告書の作成方法

手順	事業者（法人本部）の作業	各事業所・施設の作業
1	本エクセルを各事業所・施設に配布し、様式第1号別紙(2)（個票）を記入するように依頼	
2		様式第1号別紙(2)（個票）の着色セルを入力（水色セル：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・施設から回収した個票の入力内容を確認	
4	各事業所・施設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	様式第1号別紙(1)（申請額兼実績報告書一覧）に全事業所・施設分が正しく反映されているか確認（15事業所以上ある場合には6行目～15行目を行ごとコピーし、16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	個票及び申請額兼実績報告書一覧の内容が様式第1号（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、様式第1号（総括表）の水色セルを記載	
8	様式第1号、様式第1号別紙(1)、様式第1号別紙(2)、様式第3号、様式第4号、様式第6号（内訳書、添付資料含む。）、口座振替（送金）依頼書を印刷する。代表者印が必要な書類は押印する	
9	郵送で提出 ただし、様式第4号はメールでも提出	

様式第1号

令和2年度千葉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  
交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

法人名  
代表者職氏名 印

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				
	名称 (法人名等)	必ず代表者印を捺印してください。			
	所在地	水色に着色されたセルを記入してください。			
	連絡先	電話			
	代表者の職・氏名	職			
申請に関する担当者	職名		氏名		
申請内容					
		助成対象	(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
通所介護事業所 (通常規模型)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
通所介護事業所 (大規模型 (I))		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
通所介護事業所 (大規模型 (II))		0 か所	0 千円	0 か所	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 か所	0 千円	0 か所	0 千円
認知症対応型通所介護事業所		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
通所リハビリテーション事業所 (通常規模型)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
通所リハビリテーション事業所 (大規模型 (I))					
通所リハビリテーション事業所 (大規模型 (II))					
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		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
養護老人ホーム (定員30人以上)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
養護老人ホーム (定員29人以下)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
軽費老人ホーム (定員30人以上)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
軽費老人ホーム (定員29人以下)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
有料老人ホーム (定員30人以上)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
有料老人ホーム (定員29人以下)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
サービス付き高齢者向け住宅 (定員30人以上)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
サービス付き高齢者向け住宅 (定員29人以下)		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
小計		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
合計 ((1)+(2))					0 千円

様式第1号別紙(1)

個別申請額兼実績報告書一覧

(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	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			申請額計(g)	備考
				基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要額(e)	申請額(f)		
1											
2											備考(水色に着色されたセル)は必要に応じて記入してください。
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

様式第1号別紙(2)(個票)に記入すると、自動で出力されます。  
 行が不足する場合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でください。

様式第1号別紙(2)

事業所・施設別個票

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	水色に着色されたセルを記入してください。介護保険事業所番号がない施設は空欄で構いません。提供サービスはプルダウンで選択してください。	
	提供サービス		
	事業所・施設の所在地		
	連絡先		
管理者の氏名	電		
事業区分	<input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等における <input type="checkbox"/> 介護サービス事業所等との連携	<input checked="" type="checkbox"/> 該当の事業をチェックしてください。	

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 千円

助成対象の区分	※下表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)	基準単価・所要額は自動で出力されます。
<p>プルダウンで選択してください。</p> <p>要請を受け、事業所・介護施設等(職員に複数の濃厚接触者が発生し場合を含む)</p> <p>① 職員が濃厚接触者となった利用者(通所系サービス事業所、訪問系サービス事業所、介護施設等)</p> <p>② 職員が濃厚接触者となった利用者(訪問系サービス事業所、介護施設等)</p> <p>③ 職員が濃厚接触者となった利用者(訪問系サービス事業所、介護施設等)</p> <p>④ ①～③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</p>		
取組内容 ※かかり増し費用を要した取組にチェックすること		
(1) 介護サービス事業所・介護施設等のサービス継続に必要な取組【共通】		
<input type="checkbox"/> 事業所・施設等の消毒 <input type="checkbox"/> マスク、手袋、体温計 <input type="checkbox"/> 事業継続に必要な人 <input type="checkbox"/> 連携先事業所・施設 <input type="checkbox"/> 送迎を少人数で実施	<input type="checkbox"/> 消毒の確保 <input type="checkbox"/> 人材確保 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 派遣等の活用 <input type="checkbox"/> その他
(2) 通所系サービス事業所		
<input type="checkbox"/> 利用者の安否確認の	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する項目にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> その他
(3) 通所系サービス事業所及び		
<input type="checkbox"/> 代替場所等の確保	<input type="checkbox"/> 派遣等の活用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
(4) 通所系サービス事業所		
<input type="checkbox"/> 訪問実施に必要な人 <input type="checkbox"/> 訪問介護員等による	<input type="checkbox"/> 派遣等の活用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入
(5) その他【共通】 ※(1)～(4)の他、サービス継続支援に資する取組がある場合には具体的に記載すること。		

2. 介護サービス事業所等との連携支援事業

基準額(a) 千円 所要額 千円

助成対象の区分	※下表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)	基準単価・所要額は自動で出力されます。
<p>プルダウンで選択してください。</p> <p>介護サービス事業所等の連携          介護サービス事業所等の連携先の介護サービス事業所等</p>		
取組内容 ※該当する取組をチェックすること		
(1) 利用者受入に係る連絡調整、職員確保【共通】		
<input type="checkbox"/> 追加で必要となる人材確保 <input type="checkbox"/> 利用者の引き継ぎに係る	<input type="checkbox"/> 派遣等の活用 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
(2) 職員の応援派遣【共通】		
<input type="checkbox"/> 職員の応援派遣の実施	<input checked="" type="checkbox"/> 該当する項目にチェックをしてください。	<input type="checkbox"/> その他
(3) その他【共通】 ※(1)及び		

(別紙) 積算内訳

1. 介護サービス事業所におけるサービス継続支援事業 ※費目は下の例を参考

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
合計(①)		0	
総事業費 A		0	※支出総額と総事業費が異なる場合は、総事業費欄を上書きして下さい。
寄附金その他収入 B			
A-B(②)		0	

取組内容に(1)～(5)とありますが、前ページの取組内容の(1)～(5)と突合させてください。費目の行が足りない場合は、適宜行追加をしてください。以下の(参考)を例に、水色に着色されたセルを記入してください。

2. 介護サービス事業所等との連携支援事業 ※費目は下の例を参考

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(3)			
合計(③)		0	
総事業費 C		0	※支出総額と総事業費が異なる場合は、総事業費欄を上書きして下さい。
寄附金その他収入 D			
C-D(④)		0	

事業区分に(1)～(3)とありますが、前ページの取組内容と突合させてください。費目の行が足りない場合は、適宜行追加をしてください。以下の(参考)を例に、水色に着色されたセルを記入してください。

(参考)事業ごとの対象経費と費目の例

事業ごとに対象となる取組や経費【】内は費目を例示したものであり、積算内訳の作成にあたり参考とすること。  
下記はあくまで記載例であり、対象となる取組や費用を制限するものではなく、実施要綱に基づき、実際に生じた費用について記入すること。

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

(1) 介護サービス事業所・介護施設等のサービス継続に必要な取組	(対象経費の例)
ア 事業所・施設等の消毒・清掃の費用	消毒液等の消耗品の購入【需用費】、消毒業者への委託【委託費】
イ マスク、手袋、体温計等衛生用品の購入費用	衛生用品、その他消耗品の購入【需用費】
ウ 事業継続に必要な人員確保のための費用	新たに採用した臨時職員への賃金【賃金】、職員への割増賃金の支給【給与】、職員への時間外や休日手当等の諸手当の支給【職員諸手当等】、職員への給与の上乗せ等に伴う社会保険料の増加分【共済費】、人材派遣業者や職業紹介業者への手数料、損害賠償保険への加入【役務費】
エ 連携先事業所等への利用者の引き継ぎ等で生じる費用	引き継ぎ時の連携先事業所への交通費【旅費】、引継書類の印刷費【需用費】
オ 送迎を少人数で実施する場合に追加で必要となる費用	送迎車のリース【賃借料】、送迎車の燃料費【需用費】
(2) 通所系サービス事業所が人数制限して行うサービス実施に係る取組	
カ 通所しない利用者宅を訪問して安否確認等を行うための費用	訪問する職員への交通費【旅費】、訪問用の自転車の購入【備品購入費】
キ ICTを活用して、通所しない利用者の安否確認を行うための費用	ICT機器の購入【備品購入費】、ICT機器のリース【賃借料】
(3) 通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所による事業所外の代替の場所におけるサービス提供	
ク 代替の場所におけるサービス提供を行うための費用	代替場所の賃料【賃借料】、代替場所で使用する消耗品の購入【需用費】
ケ 職員の交通費、利用者の送迎に係る費用	代替場所への送迎のための臨時職員の賃金【賃金】、職員の交通費【旅費】
(4) 通所系サービス事業所による訪問サービスの実施	
コ 訪問サービス実施に必要な人員確保のための費用	(上記クに準ずる)
カ 訪問介護事業所の訪問介護員等による同行指導に係る費用	連携先事業所から派遣された訪問介護員への謝金【報償費】
シ 通所しない利用者宅を訪問してサービス提供を行うための費用	(上記カに準ずる)
ス 訪問サービスの実施に伴う損害賠償保険への加入費用	損害賠償保険への加入【役務費】
セ マスク、手袋、体温計等衛生用品の購入費用	(上記イに準ずる)

2. 介護サービス事業所等との連携支援事業

(1) 利用者受入に係る連絡調整、職員確保	(対象経費の例)
ア 追加で必要な人員確保のための費用	(上記1(1)ウに準ずる)
イ 利用者の引き継ぎ等で生じる費用	(上記1(1)エに準ずる)
(2) 職員の応援派遣	
ウ 職員を応援派遣するために必要な費用	(上記1(1)ウに準ずる)

誓約書

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

様式第1号の日付と合わせてください。

住所には法人の住所を、氏名には法人名・代表者職名・代表者氏名を記入してください。

住 所 \_\_\_\_\_

(法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地)

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(法人その他の団体にあつては名称 必ず代表者印を押印してください。)

(介護保険事業所番号： \_\_\_\_\_ )

介護保険事業所番号がない場合は、空欄で構いません。

補助金の交付を申請した事業を行う者（法人その他の団体にあつては、その役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問その他の実質的に当該団体の経営に関与している者又は当該団体の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。））が令和2年度千葉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第4条第4項各号のいずれにも該当せず、将来においても当該各号のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、補助金の交付を受けるに当たり、上記内容に該当しないことを確認するため、千葉県が千葉県警察本部に照会することについて承諾します。

なお、誓約した内容と事実が相違することが判明した場合には、補助金の交付を受けられないこと又は補助金の交付の決定の全部若しくは一部を取り消されることになっても異議はありません。

また、これにより生じた損害については、当方が一切の責任を負うものとします。

様式第 4 号

郵送と併せて、メール（エクセルファイル形式）で提出してください。

役員等名簿

番号	商号又は名称（半角）	商号又は名称（漢字）	氏名（半角）	氏名（漢字）	生年月日			性別 (M・F)	住 所	職 名
					元号 MTSH	年	月			
1										
2										
3										
4										
5										
6										

様式第 4 号エクセルファイル内の「記入例」のシートを参照し、作成してください。

現在における（私・当法人（団体））の役員等名簿に相違ありません。

年 月 日

様式第 1 号及び様式第 3 号の日付と合わせてください。

住所（法人その他の団体にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人その他の団体にあつては名称及び代表者の氏名）

（介護保険事業所番号：

必ず代表者印を押印してください。

様式第6号

収入・支出調書

(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)

(単位：円)

項目	金額	内 訳
(収入の部)		
事業者負担金	0	補助金収入には、本補助金の補助額を、事業者負担金には補助金で足りず事業者で負担した金額を記入してください。
補助金収入	1,000,000	
収入合計 (A)	1,000,000	
(支出の部)		
(例) 需用費	1,000,000	内訳表No. 1～No. 3
		内訳については、様式第6号内訳表のNo. と突合できるように、それぞれ「内訳表No.〇参照」と記入してください。
支出合計 (B)	1,000,000	
収支差額 (A - B)	0	

プルダウンで選択してください。

様式第1号別紙(2)内の積算内訳と突合できるように調書を作成してください。

添付書類

- (1) 内訳表
- (2) 添付資料 (証拠書類)

令和 年 月 日

作成者：

様式第6号（添付書類：内訳表）

内訳表の枚数に応じて、番号を記入してください。

内訳表

(No. 1)

No	項目 (品名、委託事業名など)	金額 (単位：円) (複数項番の合算も可)	備考 (別添資料No)
1	マスク		資料1～4
2	エタノール		資料5～9
3	ガウン		資料10
様式第6号の支出項目と突合できるように番号を記入してください。		資料 No は、様式第6号（添付資料：証拠書類）と突合できるように番号を記入してください。	
合 計		0	

添付資料に領収書等の写しを貼付してください（コピーしてください）。

記載内容と添付資料が一致するように備考欄に対応する資料Noを記載してください。

様式第 6 号 (添付書類 : 証拠書類)

(No. 1 )

事業所名・施設名 : 特別養護老人ホーム〇〇苑

添付枚数 : 15 枚

領収書等の写しを添付してください

(ホチキス止めの提出も可)

様式第 6 号 (添付資料 : 内訳表) と突合できるように番号を記入してください。添付枚数には、様式第 6 号 (添付書類 : 証拠書類) の総枚数を記入してください。

マスク購入の領収書

マスク購入の納品書

原本と相違ないことを証する。

原本証明には、必ず代表者印を押印してください。証拠書類が複数枚ある場合は、すべてに原本証明が必要です。

令和 年 月 日

様式第 1 号、様式第 3 号及び様式第 4 号の日付と合わせてください。

20

法人名  
職名  
代表者名

印

3-3 請求書の作成方法  
様式第2号(第10条関係)

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

所在地

法人名

必ず代表者印を押印してください。

代表者職氏名

印

必ず代表者の職名を記入してください。

令和2年度千葉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請求書

交付決定及び額の確定通知の日付及び文書番号を記入してください。

令和 年 月 日付け千葉県高指令第 号で交付決定及び額の確定のあった標記補助金に係る事業について、千葉県補助金等交付規則第15条の規定により次のとおり請求します。

記

請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

振込先金融機関

金融機関名	銀行 信用金庫	支店 出張所
預金種別	普通・当座	
口座番号	No	
(フリガナ)		
口座名義人		

交付申請兼実績報告書を提出時の書類「口座振替依頼書」と同じ口座にしてください。口座名義人は絶対に省略しないでください。

### 3-4 仕入れ控除税額報告書の作成方法

様式第5号（第7条関係）

令和 年 月 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

所在地

法人名

必ず代表者印を押印してください。

代表者職氏名

印

必ず代表者の職名を記入してください。

令和 年度消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額報告書

交付決定及び額の確定通知の日付及び文書番号を記入してください。

令和 年 月 日付け千葉県高指令第 号で交付決定及び額の確定のあった令和2年度千葉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消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額については、下記のとおり報告する。

記

- 1 施設の種類及び名称
- 2 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）

第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

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れ控除税額  
(要交付金返還相当額)

金 円

- 4 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、特定収入の割合を確認できる資料）を添付する。

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額が確定した場合には、仕入れ控除税額報告書を提出してください。

## 4 Q&A

### 4-1 申請について

Q 1 本補助金における感染者及び濃厚接触者の定義は何か。

A 1 感染者はPCR検査の結果、陽性と判定された者となります。濃厚接触者は保健所が判断した者となります。

Q 2 発熱等感染の疑いのある者が発生したが、感染者及び濃厚接触者に該当しない場合、本補助金の対象となるか。

A 2 対象とはなりません。

Q 3 政令中核市（千葉市・船橋市・柏市）に介護サービス事業所・施設が所在しているが、どのように申請を行えばよいか。

A 3 所在する政令中核市にお問い合わせください。例えば、政令中核市と政令中核市以外の市町村に事業所・施設を持っている場合は、政令中核市に所在する事業所・施設分は政令中核市に、政令中核市以外の市町村に所在する事業所・施設分は千葉県に、法人で取りまとめた上で申請を行うこととなります。

Q 4 申請は複数回することはできるか。

A 4 千葉県の申請では、原則1事業所・施設において1回の申請です。  
ただし、やむを得ない場合については、基準額までは追加で申請が可能です。

### 4-2 補助金の対象について

Q 5 本補助金以外に別の補助事業から補助金を受ける場合は、補助対象になるか。

A 5 他の補助金の補助を受けている場合は、本補助金の対象となりません。

なお、例として、補助対象となる衛生用品等を購入し、その一部を本補助金、残りを他の補助金と分けての申請は可能です。

Q 6 保険医療機関のいわゆる「みなし指定」を受けている介護保険適用事業所は補助対象事業所か。

A 6 対象となります。

Q 7 入所施設において、基準単価で1定員当たりの単価が示されているが、総定員数を乗じればよいのか。感染症の対応をしたフロアやユニットの定員数など、限定的に積算することになるのか。

A 7 総定員数を乗じてください。

Q 8 対象経費の「(割増) 賃金・手当」について、「手当」とは具体的にどのようなものか。

A 8 危険手当等の名称に関わらず、新型コロナウイルスへの対応がなければ発生しなかった各種手当を対象として差し支えありません。

Q 9 感染拡大防止の為、令和2年1月15日以降に衛生用品を購入したが、実際に感染者及び濃厚接触者が令和2年8月1日に発生した場合、補助対象はいつからの購入になるか。

A 9 本補助金は、感染者及び濃厚接触者が発生し、サービス提供を行った時点が起算日となります。よって、本ケースであれば、令和2年8月1日以降に購入した衛生用品が本補助金の対象になります。