

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る  
障害福祉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  
申請マニュアル

Ver.3.1（令和6年3月）

千葉県

## 目次

1 本事業について.....	1
1-1 本事業の目的.....	1
1-2 各事業について.....	1
1-2-1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業.....	1
1-2-2 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業.....	2
2 申請の流れ.....	7
2-1 申請の主な流れ.....	7
2-2 申請スケジュール.....	8
2-3 提出先.....	10
3 提出書類の作成方法.....	11
3-1 交付申請書の作成方法.....	11
3-2 実績報告書の作成方法.....	23
3-3 請求書の作成方法.....	31
3-4 仕入れ控除税額報告書の作成方法.....	32
3-5 対象経費と費目について.....	33
4 Q&A.....	35
4-1 対象施設・事業所について.....	35
4-2 対象経費について.....	38
4-3 自費検査について.....	43
5 ちば電子申請サービスへのアクセス方法.....	45

## 1 本事業について

### 1-1 本事業の目的

障害福祉サービス等は、障害児者やその家族等の生活を支えるために必要不可欠なものであり、新型コロナウイルス感染症の発生に伴う障害福祉サービス等の提供体制に対する影響を最小限に留めることが重要である。

この補助金は、千葉県内の障害福祉サービス施設・事業所等（以下「施設・事業所」という。）が、新型コロナウイルス感染症の感染者等が発生した場合において、関係者との緊急かつ密接な連携の下、感染拡大防止対策の徹底や創意工夫を通じて、必要な障害福祉サービス等を継続して提供できるよう支援を行うことを目的とする。

### 1-2 各事業について

#### 1-2-1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業

感染者が発生した施設・事業所の利用者に必要なサービスを確保する観点から、当該施設・事業所からの利用者の受入れや当該施設・事業所への応援職員の派遣等、協力する施設・事業所において必要な経費を支援する。

※ 令和5年5月8日から対象施設・事業所が一部変更となっています。補助対象に該当するかよく確認してから申請をしてください。

##### (1) 対象施設・事業所

###### (ア) 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用

以下の①から⑤に該当する施設・事業所を対象とする。なお、具体的な対象サービス種別は、要綱別添1に規定する。

- ① 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施設・事業所  
※ 職員に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施設・事業所
- ③ 県から休業要請を受けた事業所
- ④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所（①、②の場合を除く）  
※ 一定の要件を含む、具体的な取扱いについては、要綱別添2に規定する。
- ⑤ ①、③以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所  
※ 通常形態でのサービス提供が困難であり、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合（近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合（感染者が一定数継続して発生している状況等）に限る。）

(イ) 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用

以下の①から④に該当する施設・事業所を対象とする。なお、具体的な対象サービス種別は、要綱別添1に規定する。

① 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施設・事業所

※ 職員に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。）が発生し職員が不足した場合を含む。

② 感染者と接触があった者に対応した施設・事業所

③ 感染等の疑いのある利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所（①、②の場合を除く。）

※ 一定の要件を含む、具体的な取扱いについては、別添2に規定する。

④ ①以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所

※ 通常形態での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（近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合（感染者が一定数継続して発生している状況等）に限る。）

(2) 補助対象経費

補助対象経費は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに費用の支払いを完了した経費であって要綱別添1に掲げるものに限る。

## 1-2-2 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業

感染者が発生した施設・事業所の利用者に必要なサービスを確保する観点から、当該施設・事業所からの利用者の受入れや当該施設・事業所への応援職員の派遣等、協力する施設・事業所において必要な経費を支援する。

(1) 対象施設・事業所

(ア) 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用

以下の①又は②に該当する施設・事業所を対象とする。なお、具体的な対象サービス種別は、要綱別添1に規定する。

① 「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施設・事業所（職員に濃厚接触者が発生し職員が不足した場合を含む。）」又は「県から休業要請を受けた事業所に対し、協力する施設・事業所」

② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所

(イ) 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用

以下の①又は②に該当する施設・事業所を対象とする。なお、具体的な対象サービス種別は、要綱別添1に規定する。

- ① 「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施設・事業所（職員に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。）が発生し職員が不足した場合を含む。）」に対し、協力する施設・事業所
- ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所

(2) 補助対象経費

補助対象経費は、令和5年4月1日から令和6年3月31日までに費用の支払いを完了した経費であって要綱別添1に掲げるものに限る。

別添1					
基準単価		事業区分	(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業	(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	
ア	令和5年5月7日までに係るかかり増し費用		<p>① 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施設・事業所 ※ 職員に濃厚接触者が発生し職員が不足した場合を含む。 ・対象サービス: No.1からNo.29</p> <p>② 濃厚接触者に対応した施設・事業所 ・対象サービス: No.11からNo.25</p> <p>③ 県から休業要請を受けた事業所 ・対象サービス: No.1からNo.11</p> <p>④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く。) ・対象サービス: No.12からNo.15</p>	<p>⑤ ①、③以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所(※3) ・対象サービス: No.1からNo.10</p>	<p>① (1)①又は③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所(※4) ・対象サービス: No.1からNo.29</p>
イ	令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用		<p>① 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施設・事業所 ・対象サービス: No.1からNo.29</p> <p>② 感染者と接触があった者に対応した施設・事業所 ・対象サービス: No.11からNo.25</p> <p>③ 感染等の疑いのある利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く。) ・対象サービス: No.12からNo.15</p>	<p>④ ①以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所(※3) ・対象サービス: No.1からNo.10</p>	<p>① (1)①に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所(※4) ・対象サービス: No.1からNo.29</p>
対象サービス種別					
分類	No.	サービス名			
通所系	1	療養介護	1,978千円/事業所	1,978千円/事業所	989千円/事業所
	2	生活介護	631千円/事業所	631千円/事業所	316千円/事業所
	3	自立訓練(機能訓練)	288千円/事業所	288千円/事業所	144千円/事業所
	4	自立訓練(生活訓練)	228千円/事業所	228千円/事業所	114千円/事業所
	5	就労移行支援	221千円/事業所	221千円/事業所	110千円/事業所
	6	就労継続支援A型	279千円/事業所	279千円/事業所	140千円/事業所
	7	就労継続支援B型	294千円/事業所	294千円/事業所	147千円/事業所
	8	児童発達支援	271千円/事業所	271千円/事業所	136千円/事業所
	9	医療型児童発達支援	172千円/事業所	172千円/事業所	86千円/事業所
	10	放課後等デイサービス	257千円/事業所	257千円/事業所	128千円/事業所
短期入所	11	短期入所	146千円/事業所	—	73千円/事業所
入所・居住系	12	施設入所支援	1,013千円/施設	—	506千円/施設
	13	共同生活援助(介護サービス包括型)	335千円/事業所	—	167千円/事業所
	14	共同生活援助(日中サービス支援型)	259千円/事業所	—	129千円/事業所
	15	共同生活援助(外部サービス利用型)	150千円/事業所	—	75千円/事業所
	16	福祉型障害児入所施設	985千円/施設	—	493千円/施設
	17	医療型障害児入所施設	529千円/施設	—	264千円/施設
訪問系	18	居宅介護	107千円/事業所	—	41千円/事業所
	19	重度訪問介護	175千円/事業所	—	67千円/事業所
	20	同行援護	60千円/事業所	—	23千円/事業所
	21	行動援護	106千円/事業所	—	41千円/事業所
	22	就労定着支援	35千円/事業所	—	17千円/事業所
	23	自立生活援助	19千円/事業所	—	9千円/事業所
	24	居宅訪問型児童発達支援	30千円/事業所	—	11千円/事業所
	25	保育所等訪問支援	35千円/事業所	—	13千円/事業所
相談系	26	計画相談支援	50千円/事業所	—	25千円/事業所
	27	地域移行支援	36千円/事業所	—	18千円/事業所
	28	地域定着支援	38千円/事業所	—	19千円/事業所
	29	障害児相談支援	37千円/事業所	—	18千円/事業所
対象経費		<p>○ (1)ア①から③、イ①、②に該当する施設・事業所等の場合 ・緊急雇用に係る費用、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、運搬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2のとおり、障害者支援施設等に限る。) ・施設・事業所の消毒・清掃費用 ・感染症廃棄物の処理費用 ・感染者又は濃厚接触者(アの場合)・感染者と接触のあった者(イの場合)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 (以下の費用は、代替サービス提供期間のみに限る。) ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保費用(使用料) ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的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>○ (1)ア④、イ③に該当する事業所・施設等の場合 ・一定の要件に該当する自費検査費用(別添2のとおり、障害者支援施設等に限る。)</p>	<p>○ 居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な費用 ・代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 ・代替場所の確保費用(使用料) ・居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 ・代替場所や利用者宅への旅費 ・利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的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。) ※上記費用は、代替サービス提供期間のみに限る。</p>	<p>○ 利用者受入や職員の応援派遣に係る費用 ・追加に必要な人員確保のための緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用</p>	
助成額の算定		<p>・施設・事業所ごとに、(1)及び(2)についてそれぞれ基準単価まで助成することができる。 ・施設・事業所ごとに、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、(1)ア①から④及びイ①から③並びに(2)の施設・事業所のうち、特別な事情により基準単価を超えて助成する必要がある場合は、厚生労働省に個別協議の上、必要と認める場合に限り基準単価を超えて助成することができる。</p>			

※1 対象施設・事業所については、助成の申請時点で指定を受けている施設・事業所とし、休業中のものを含む。  
 ※2 多機能型事業所を含め、複数サービスを実施している事業所は、該当するそれぞれのサービスについて基準単価まで助成することができる。  
 ※3 「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、できる限りのサービスを提供した事業所」とは、「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス等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20日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部福祉課事務連絡)に基づき、職員が利用者の居宅又は代替場所においてサービスを提供している場合を指す。  
 ※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(利用者の居宅へ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。

# 補助対象施設・事業所早見表(令和5年5月7日まで)

「○」は補助対象施設・事業所、「×」は補助対象外  
(詳細は交付要綱及び申請マニュアルを御確認ください。)

			(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業					(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業
			① 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施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し職員が不足した場合を含む。) ・対象サービス:No.1からNo.29	② 濃厚接触者に対応した施設・事業所 ・対象サービス:No.11からNo.25	③ 県から休業要請を受けた事業所 ・対象サービス:No.1からNo.11	④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く) ・対象サービス:No.12からNo.15	⑤ ①、③以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所 ・対象サービス:No.1からNo.10	① (1)の①又は③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所 ・対象サービス:No.1からNo.29
分類	No.	サービス名						
通所系	1	療養介護						
	2	生活介護						
	3	自立訓練(機能訓練)						
	4	自立訓練(生活訓練)						
	5	就労移行支援	○	×	○	×	○	○
	6	就労継続支援A型						
	7	就労継続支援B型						
	8	児童発達支援						
	9	医療型児童発達支援						
	10	放課後等デイサービス						
短期入所	11	短期入所	○	○	○	×	×	○
入所・居住系	12	施設入所支援						
	13	共同生活援助(介護サービス包括型)	○	○	×	○	×	○
	14	共同生活援助(日中サービス支援型)						
	15	共同生活援助(外部サービス利用型)						
	16	福祉型障害児入所施設	○	○	×	×	×	○
17	医療型障害児入所施設							
訪問系	18	居宅介護						
	19	重度訪問介護						
	20	同行援護						
	21	行動援護	○	○	×	×	×	○
	22	就労定着支援						
	23	自立生活援助						
	24	居宅訪問型児童発達支援						
	25	保育所等訪問支援						
相談系	26	計画相談支援						
	27	地域移行支援	○	×	×	×	×	○
	28	地域定着支援						
	29	障害児相談支援						

※ 補助対象経費については、交付要綱別添1・2を確認してください。

# 補助対象施設・事業所早見表(令和5年5月8日以降)

「○」は補助対象施設・事業所、「×」は補助対象外  
(詳細は交付要綱及び申請マニュアルを御確認ください。)

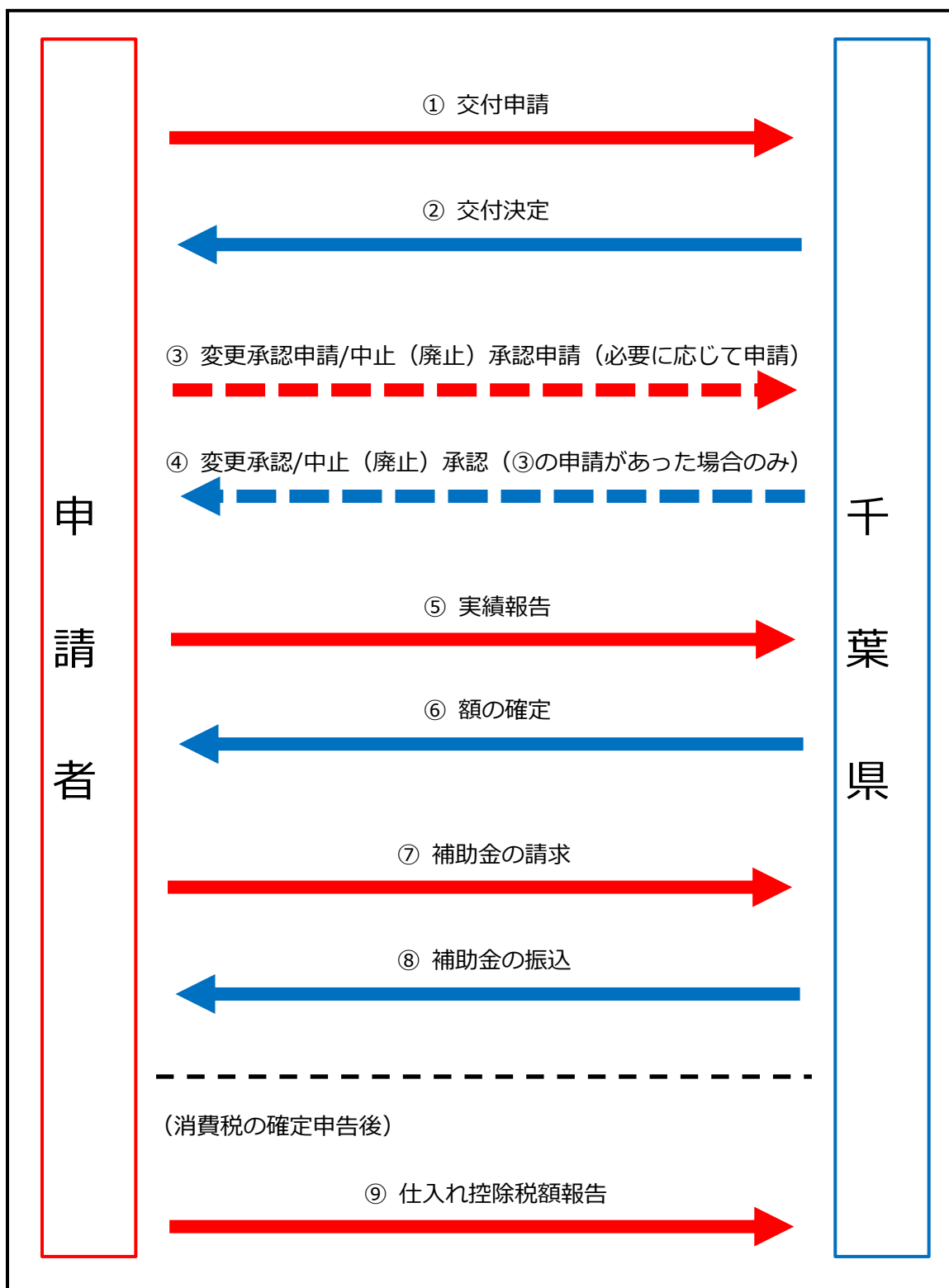
		(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業				(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業		
		① 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所(職員に感染者と接触があった者が発生し職員が不足した場合を含む。) ・対象サービス:No.1からNo.29	② 感染者と接触があった者に対応した施設・事業所 ・対象サービス:No.11からNo.25	③ 感染等の疑いのある利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く。) ・対象サービス:No.12からNo.15	④ ①以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所 ・対象サービス:No.1からNo.10	① (1)の①に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所 ・対象サービス:No.1からNo.29		
分類	No.	サービス名						
通所系	1	療養介護	○	×	×	○		
	2	生活介護						
	3	自立訓練(機能訓練)						
	4	自立訓練(生活訓練)						
	5	就労移行支援						
	6	就労継続支援A型						
	7	就労継続支援B型						
	8	児童発達支援						
	9	医療型児童発達支援						
	10	放課後等デイサービス						
短期入所	11	短期入所	○	○	×	×	○	
入所・居住系	12	施設入所支援	○	○	○	×	×	○
	13	共同生活援助(介護サービス包括型)						
	14	共同生活援助(日中サービス支援型)						
	15	共同生活援助(外部サービス利用型)						
	16	福祉型障害児入所施設						
17	医療型障害児入所施設							
訪問系	18	居宅介護	○	○	×	×	×	○
	19	重度訪問介護						
	20	同行援護						
	21	行動援護						
	22	就労定着支援						
	23	自立生活援助						
	24	居宅訪問型児童発達支援						
	25	保育所等訪問支援						
相談系	26	計画相談支援	○	×	×	×	○	
	27	地域移行支援						
	28	地域定着支援						
	29	障害児相談支援						

※ 補助対象経費については、交付要綱別添1・2を確認してください。



## 2 申請の流れ

### 2-1 申請の主な流れ



②-「交付決定」から⑧-「補助金の振込」は、令和6年4月以降に実施します。

## 2-2 申請スケジュール

### ① 交付申請書の提出（提出期限：令和6年3月22日まで）

次の様式を作成し、ちば電子申請サービス（※1）で提出してください。

- ・【様式第1号】の各シート
  - （総括表）千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者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1号の2）施設・事業所別申請額一覧
  - （別紙第1号の3）施設・事業所別個票
- ・【様式第2号】誓約書（※2）
- ・【様式第3号】役員等名簿（※3）
- ・（別紙1）申出書
- ・（別紙2）検査理由書（自費検査に係る費用を補助申請する場合）
- ・（別紙3）個別協議書（特別な事情により基準単価を超えて協議する必要がある場合）
- ・口座振替(送金)依頼書

※1 ちば電子申請サービスの申請方法については、45ページ以降を御覧ください。

※2 「代表者印を押印後のPDFデータ」をちば電子申請サービスで提出し、原本は事務所等で保管してください。

※3 「Excelデータ」及び「代表者印を押印後のPDFデータ」をちば電子申請サービスで提出し、押印後の原本は事務所等で保管してください。

### ② 交付決定（令和6年4月以降）

県は、受領した交付申請書類一式を審査し、適当と認めるときは、交付決定通知を法人宛てに送付します。

### ③ 変更承認申請/中止（廃止）承認申請（必要に応じて申請）

②で交付決定を受けた事業内容について変更するときは、あらかじめ様式第4号（変更承認申請書）をメールで提出してください。

また、②で交付決定を受けた事業内容について中止（廃止）するときは、あらかじめ様式第5号（中止（廃止）承認申請書）をメールで提出してください。

### ④ 変更承認/中止（廃止）承認（③の申請があった場合のみ）

県は、受領した承認申請書類一式を審査し、適当と認めるときは、承認通知を法人宛てに送付します。

## ⑤ 実績報告

次の様式等を作成し、交付決定通知を受領した後にちば電子申請サービス（提出先の URL は交付決定通知と併せてメールで通知します。）で提出してください。

- ・【様式第 6 号】の各シート
  - （総括表）千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金実績報告書
  - （様式第 6 号の 2）施設・事業所別実績報告額一覧
  - （別紙第 6 号の 3）施設・事業所別個票
- ・【様式第 9 号】収入・支出調書（内訳書、添付資料（※ 1）も含む。）

※ 1 様式第 9 号の添付資料には、補助対象の施設・事業所等が支出したことを証明する書類（購入物品の納品書の写し及び領収書の写し、手当の支給明細の写し、緊急雇用した職員の契約書の写し及び勤務実績など）を添付ください。

また、領収書及び納品書は、必ず以下について確認してから提出ください。

- ・ 領収日（納品書の場合は納品日）が記載されているか。
- ・ 宛ては法人名もしくは補助対象施設・事業所名等が記載されているか。（個人名のみ記載は原則として補助対象外です。）
- ・ 請求者（納品書の場合は納品者）が記載されているか。
- ・ 金額及びその明細（商品名、数量、単価等）が記載されているか。
- ・ 領収書等の書類に対象経費以外の経費が含まれている場合は、マーカーで色付けするなど、対象経費が明確にわかるようにしてください。

## ⑥ 額の確定（実績報告書提出後、概ね 1 か月程度）

県は、受領した実績報告書類を審査し、適当と認めるときは、額の確定通知を法人宛てに送付します。なお、交付決定額を上回る額の確定はできません。交付決定後に申請内容に変更があった場合は、実績報告より前に変更承認申請を行ってください。

## ⑦ 請求書の提出

額の確定通知を受領後、様式第 7 号（交付請求書）を電子メールで提出してください。

## ⑧ 補助金の振込（請求書提出後、概ね 2～4 週間程度）

請求に基づき、口座振替(送金)依頼書記載の口座に補助金を振り込みます。

## ⑨ 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 10 号】仕入れ控除税額報告書を作成し、郵送してください。

## 2-3 提出先

### (1) 提出先

宛先：千葉県健康福祉部障害福祉事業課 サービス継続支援 担当宛て

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：[g-kinkyu@mz.pref.chiba.lg.jp](mailto:g-kinkyu@mz.pref.chiba.lg.jp)

### 提出方法一覧

	ちば電子申請 システム	メール	紙媒体（郵送）
① 交付申請書の提出	○		
③変更承認申請/中止（廃止）承認申請		○	
⑤実績報告書の提出	○		
⑦請求書の提出		○	
⑨仕入れ控除税額報告書の提出			○

※ ちば電子申請サービスの申請方法については、45ページ以降を御覧ください。

### (2) 問い合わせ先

■本事業の交付申請の提出に関する問い合わせ先

千葉県健康福祉部障害福祉事業 県立施設改革班 043-223-2339
--

### 3 提出書類の作成方法

#### 3-1 交付申請書の作成方法

※Excel 交付申請書データ内の表を転用

本申請書の使い方		
手順	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業
1	本Excelを各事業所に配布し、様式第1号の3（個票）を記入するように依頼	
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、緑色セル：クリックしてプルダウンから選択）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	
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	様式第1号の2（申請額一覧）に全事業所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	様式第1号の2及び様式第1号の3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号の記入欄（水色セル）を記載	
8	誓約書（様式第2号）、役員名簿（様式第3号）、申出書（別紙1）、口座振替（送金）依頼書を作成 また、自費検査に係る費用を補助申請する場合は検査理由書（別紙2）、特別な事情により基準単価を超えて協議を行う必要がある場合は個別協議書（別紙3）を作成	
9	ちば電子申請サービスで提出	

様式第1号（第8条関係）（総括表）

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金  
交付申請書

水色に着色されたセルを記入してください。

令和 年 月 日

法人名  
代表者職氏名

標記について、次のとおり申請します。

必ず代表者の職名を記入してください。

申請者	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 - )		
	連絡先	電話番号		E-mail
	本件責任者の職・氏名	職 名		氏 名
	担当者の職・氏名	職 名		氏 名

サービス種別		助成対象		1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業		2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	
		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額		
通所系	1 療養介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	2 生活介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	3 自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	4 自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	5 就労移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	6 就労継続支援A型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	7 就労継続支援B型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	8 児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	9 医療型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	10 放課後等デイサービス	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
入所・居住系	11 短期入所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	12 施設入所支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	13 共同生活援助（介護サー	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	14 共同生活援助（日中サー	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	15 共同生活援助（外部サー	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	16 福祉型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	17 医療型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
訪問系	18 居宅介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	19 重度訪問介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	20 同行援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	21 行動援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	22 就労定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	23 自立生活援助	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	24 居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	25 保育所等訪問支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
相談系	26 計画相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	27 地域移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	28 地域定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	29 障害児相談支援	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号の3（個票）を入力すると、自動で出力されます。

対象施設・事業所の要件を満たしていない場合、基準単価（a）に「-」が表示されます。要綱別添1で要件を確認してください。

様式第1号の2(施設・事業所別申請額一覧)

(単位:千円)

No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 障害福祉サービス施設・事業所のサービス継続支援事業			2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業			申請額計(g)	備考
				助成対象の区分	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要額(e)		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

様式第1号の3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ありません  
が、列の挿入は絶対に行わないでください。

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。

様式第1号の3(施設・事業所別個票)

フリガナ		障害福祉サービス事業所番号
事業所・施設の名称		
提供サービス		
事業所・施設の所在地	(郵)	
フリガナ		E-mail

水色に着色されたセルを記入してください。  
提供サービスはプルダウンから選択してください。

該当の事業をチェックしてください。

事業区分

障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業 → 1を記載  
 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業 → 2を記載

**1. 障害福祉サービス施設・事業所等の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「-」のものを記入)  
※ 要綱別添1(1)ア: 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用(令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用分)

① 利用者又は濃厚接触者による新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所【要綱別添1(1)ア①】	② 濃厚接触者による施設・事業所【要綱別添1(1)ア②】	③ 濃厚接触者による施設・事業所【要綱別添1(1)ア③】
---	------------------------------	------------------------------

プルダウンで選択してください。

基準単価・所要額は自動で出力されます。なお、対象施設・事業所の要件を満たしていない場合、基準単価に「-」が表示されます。要綱別添1で要件を確認してください。

対象経費の積算内訳

(1) 上記①から③に該当する施設・事業所等の場合  
※【対象経費一覧(1)】のア～コに該当する対象経費ごとに「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
ア			
イ			
ウ			
エ			
オ			
カ			
キ			
ク			
ケ			
コ			

【対象経費一覧】に記載のない経費は補助対象外です。

該当する「費目」を記載してください。  
「費目」の詳細は、本マニュアル33ページの「対象経費と費目について」を参照してください。

「用途・品目・数量等」は具体的に記載してください。

【対象経費一覧(1)】

ア	緊急雇用に係る費用、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(要綱別添2のとおり、障害者支援施設等に限る。)
イ	施設・事業所の消毒・清掃費用
ウ	感染症廃棄物の処理費用
エ	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
オ	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用
カ	代替場所の確保費用(使用料)
キ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
ク	代替場所や利用者宅への旅費
ケ	利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用
コ	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。)

※オからコまでの費用は、代替サービス提供期間の分に限る。



(2) 上記④に該当する事業所・施設等の場合

※【対象経費一覧(2)】のサに該当する対象経費について「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
サ			

前頁の注意書きを参考に必要事項を入力してください。

【対象経費一覧(2)】

サ	一定の要件に該当する自費検査費用(要綱別添2のとおり、障害者支援施設等に限る。)
---	--

(3) 上記⑤の事業所が居室を訪問してサービスを提供する場合(代替サービス提供期間の分に限る。)

※【対象経費一覧(3)】のシ～チに該当する対象経費ごとに「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
シ			
ス			
セ			
ソ			
タ			
チ			

前頁の注意書きを参考に必要事項を入力してください。

【対象経費一覧(3)】

シ	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用
ス	代替場所の確保費用(使用料)
セ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
ソ	代替場所や利用者宅への搬送費用
タ	利用者宅を訪問して健康観察を行う際の交通費
チ	通所できない利用者の安全確保に係る費用

寄付金その他の収入額(社会福祉法人の場合は寄付金収入額を除く)を入力してください。該当がない場合は入力不要です。

障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業に係る所要額

(1)～(3)の合計額(A)	0	寄付金その他の収入(B)		所要額(A-B)	0
----------------	---	--------------	--	----------	---

## 2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業

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)  
 ※ 要綱別添1(2)ア: 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用分、要綱別添1(2)イ: 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用分

① 上記1の①又は②に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)ア①】/上記1の①に該当する施設・事業所【要綱別添1(2)イ①】

② 上記1の③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ②】

③ 上記1の④に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ③】

④ 上記1の⑤に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ④】

⑤ 上記1の⑥に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑤】

⑥ 上記1の⑦に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑥】

⑦ 上記1の⑧に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑦】

⑧ 上記1の⑨に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑧】

⑨ 上記1の⑩に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑨】

⑩ 上記1の⑪に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑩】

⑪ 上記1の⑫に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑪】

⑫ 上記1の⑬に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑫】

⑬ 上記1の⑭に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑬】

⑭ 上記1の⑮に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑭】

⑮ 上記1の⑯に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑮】

⑯ 上記1の⑰に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑰】

⑰ 上記1の⑱に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑱】

⑱ 上記1の⑲に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑲】

⑲ 上記1の⑳に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ⑳】

⑳ 上記1の㉑に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉑】

㉑ 上記1の㉒に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉒】

㉒ 上記1の㉓に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉓】

㉓ 上記1の㉔に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉔】

㉔ 上記1の㉕に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉕】

㉕ 上記1の㉖に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉖】

㉖ 上記1の㉗に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉗】

㉗ 上記1の㉘に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉘】

㉘ 上記1の㉙に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉙】

㉙ 上記1の㉚に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉚】

㉚ 上記1の㉛に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉛】

㉛ 上記1の㉜に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉜】

㉜ 上記1の㉝に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉝】

㉝ 上記1の㉞に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉞】

㉞ 上記1の㉟に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㉟】

㉟ 上記1の㊱に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㊱】

㊱ 上記1の㊲に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所【要綱別添1(2)イ㊲】

【対象経費一覧】

ツ	利用者受入や職員の応援派遣(追加が必要な人員確保のため)
---	------------------------------

寄付金その他の収入額(社会福祉法人の場合は寄付金収入額を除く)を入力してください。該当がない場合は入力不要です。

障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業に係る所要額

支出(見込)額の合計(A)	0	寄付金その他の収入(B)		所要額(A-B)	0
---------------	---	--------------	--	----------	---

代表印を押印したものを PDF データにして提出してください。(原本は事務所等で保管してください。)

様式第 2 号 (第 8 条関係)

## 誓 約 書

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

様式第 1 号の日付と合わせてください。

法人所在地

法人名

代表者職氏名

印

代表者印を押印してください。

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法人の経営に関与している者又は当該法人の業務に係る契約を締結する権限を有する者をいう。)) が千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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 3 条第 2 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、補助金の交付申請をするに当たり、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。

**「エクセルデータ」及び「代表印を押印したものの PDF データ」を提出してください。  
(原本は事務所等で保管してください。)**

**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	日			
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											

様式第 3 号の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。

様式第 1 号の日付と合わせてください。

現在における当法人の役員等名簿に相違ありません。

令和    年    月    日

(所在地)  
(法人名)  
(代表者職氏名)

印

役員等名簿には、補助を受けようとする事業を行う者が法人その他の団体である場合は、その役員等（業務を執行する社員、取締役、若しくはこれらに準ずる者、相談役、顧問、その他実質的に当該法人の経営に関与している者）の氏名を記載すること。ただし、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締結する権限を委任されている者を除き省略することができる。

代表者印を押印してください。

申 出 書

法人名

代表者名

令和 年度千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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交付申請を行うにあたって、下記のとおり相違がないことを申し出ます。

記

1 施設・事業所名：

2 サービス種別：

該当するものに○を付けてください。

3 対象要件：

(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業	要綱別添 1 (1) ア 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用 ① ② ③ ④ ⑤ イ 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用 ① ② ③ ④
(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	要綱別添 1 (2) ① ②

※ 該当するもの((1)アの①～⑤、イの①～④、(2)の①、②)に○を付けてください。

4 事実発生日

令和 年 月 日

※感染者が発生した日、濃厚接触者発生日以降の補助対象経費が

PCR検査の結果、陽性と判定された日、保健所が濃厚接触者と判断した日、「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて」(令和2年4月9日厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課事務連絡)に基づき、利用者の居宅においてサービス提供を開始した日等をご記入ください。

5 対象要件に係る具体的な状況の説明

いつ、どのような状況が発生し、どのような対応をしたのか、できるだけ詳細に記入してください。  
 記入に当たっては、19ページの記載例を参考としてください。

(参考)「5 対象要件に係る具体的な状況の説明」記載例

すべての事実発生日を記入してください。

**(1) 緊急雇用を行った場合**

○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定された。その後○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定され、○月○日にも職員（利用者）○名が陽性と判定された。そこで、職員が不足したため、人材派遣会社を通じて職員を緊急雇用した。

**(2) 時間外手当が発生した場合**

○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定された。その後○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定され、○月○日にも職員（利用者）○名が陽性と判定された。そこで、職員が不足したため、時間外勤務が発生し、時間外手当を支払った。

**(3) 職員に危険手当を支払った場合**

○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定された。その後○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定され、○月○日にも職員（利用者）○名が陽性と判定された。そこで、○○した職員に対して危険手当（○○円/人）を支払った。

**(4) 消耗品を購入した場合**

○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定された。その後○月○日に職員（利用者）○名が陽性と判定され、○月○日にも職員（利用者）○名が陽性と判定された。事業所内の感染拡大を防止するため、在庫不足が見込まれる○○を購入した。

※ 下線部を適宜修正して使用してください。

**該当がある場合（自主検査費用を申請する場合）のみ作成してください。**

別紙 2

## 検 査 理 由 書

法人名  
代表者名

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金交付申請書に計上した自主検査費用の詳細については下記のとおりです。

1 施設・事業所名：

本書に記載された内容について、必要に応じて県から保健所、医療機関等に問合せ等を行う場合があります。

2 行政検査を依頼した保健所、受診・相談センター、地域の医療機関名及び連絡先等  
名称（担当者名）： (担当者名： )  
連絡先電話番号：

3 行政検査依頼日：令和 年 月 日

担当者名が不明の場合は空欄としてください。

4 対象者（該当する項目に○を付けること。）

【令和5年5月7日までに係るかかり増し費用】

<input type="checkbox"/>	(ア) 濃厚接触者と同居する職員
<input type="checkbox"/>	(イ) 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
<input type="checkbox"/>	(ウ) 面会后、面会に来た家族等が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所（居）者
<input type="checkbox"/>	(エ) 上記（ア）から（ウ）以外で感染が疑われる理由がある者

（※）「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。

【令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用】

<input type="checkbox"/>	(ア) 感染者と同居する職員
<input type="checkbox"/>	(イ) 面会后、面会に来た家族等が感染者であることが判明した入所（居）者
<input type="checkbox"/>	(ウ) 上記（ア）（イ）以外で感染が疑われる理由がある者

5 要件の確認（該当する項目に○を付けること。全ての要件に該当する場合に助成対象となる。）

<input type="checkbox"/>	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所在する障害者支援施設・共同生活援助事業所（以下、「障害者支援施設等」という）であること
<input type="checkbox"/>	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、障害者支援施設等の判断で実施した自費検査であること
<input type="checkbox"/>	個別の職員や利用者の状況や事情を考慮しない、障害者支援施設等の判断で実施される定期的な検査や一斉検査ではないこと

（次のページに続きます。）

## 6 経緯の詳細

できるだけ詳細に記入してください。スペースが足りない場合は別紙を作成してください。

(例：〇月〇日に利用者の面会に来た家族が〇月〇日に検査で陽性と判定された。〇月〇日に保健所に行  
政検査を依頼したが、〇〇〇〇のため検査対象にならないと判断された。その後、〇月〇日に当該利用者  
に発熱があったので、〇〇病院で自主検査を行ったところ、〇月〇日に陰性と判定された。)

該当がある場合（特別な事情により基準単価を超えて協議する必要がある場合）のみ作成してください。

別紙3

個 別 協 議 書

法人名  
代表者名

(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業

<b>○基本事項</b>	
協議を行う施設・事業所の名称	
別紙3記載の注意書きに従って作成してください。提出された内容について厚生労働省と個別協議を実施します。(通常の申請よりも交付決定まで時間がかかります。また、協議額の一部又は全部が承認されない場合があります。)	千円 千円
合は承認年月日	

- (※1) 個別協議により認める助成額は、原則として交付要綱に定める基準単価に2を乗じた額を上限としますが、当該上限額では支障をきたす特別な事情がある場合は、当該上限額を超えて協議を行うことを妨げるものではありません。
- (※2) 今回協議額＝所要額－交付要綱別添1記載の基準単価

<b>○事業概要</b>
<b>・施設・事業所の状況</b>
※具体的な内容がわかるよう詳細に記載すること。 ※①(ア)～(エ)について、該当するもの全ての状況を記載。該当のない項目は適宜削除して差し支えない。
① 事業所・施設等における感染者の発生状況等 ※ 下記(ア)～(エ)は交付要綱別添1(1)ア①～④、イ①～③に対応します。 (ア) 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者(職員に濃厚接触者/同居する感染者と接触があった者)が発生した施設・事業所(感染状況(いつ、誰が(職員・利用者)、何名など)) (イ) 濃厚接触者に対応した/同居する感染者と接触のあった者に対応した施設・事業所(対応状況(いつ、何名など)) (ウ) 県から休業要請を受けた事業所(要請状況(いつ、要請元、要請理由、期間、など)) (エ) 発熱等の症状を呈する者/感染等の疑いの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施設等(検査経緯(いつ、どのような者に対し、どのような理由で施設等として感染疑いがあるかと判断したのか。また、保健所等による判断は、いつ、どこの機関が、どのような理由で行政検査の対象外と判断したのか。など))

(個別協議書の2ページ目以降は省略)



### 3-2 実績報告書の作成方法

※Excel 実績報告書データ内の表を転用

本報告書の使い方		
手順	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業
1	本Excelを各事業所に配布し、様式第6号の3（個票）を記入するように依頼	
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、緑色セル：クリックしてプルダウンから選択）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	
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	様式第6号の2（実績報告額一覧）に全事業所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	様式第6号の2及び様式第6号の3の内容が様式第6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6号の記入欄（水色セル）を記載	
8	様式第9号（収入・支出調書、内訳書・添付資料含む。）を作成	
9	ちば電子申請サービスで提出	

様式第6号（第11条関係）（総括表）

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金  
実績報告書

令和 年 月 日

千円

水色に着色されたセルを記入してください。

法人名  
代表者職氏名

令和 年 月 日付け千葉県障害指令第 号で交付決定を受  
ス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事  
で交付要綱第11条の規定 関係書類を添え、下記のとおり報告

必ず代表者の職名を記入してください。

申請者	フリガナ				
	名称	交付決定通知書の日付、文書番号を記入してください。			
	所在地				
	連絡先	電話番号		E-mail	
	本件責任者の職・氏名	職名		氏名	
	担当者の職・氏名	職名		氏名	

サービス種別		助成対象		2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	
		1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業	補助額	事業所・施設数	補助額
通所系	1 療養介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	2 生活介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	3 自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	4 自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	5 就労移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	6 就労継続支援A型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	7 就労継続支援B型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	8 児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	9 医療型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	10 放課後等デイサービス	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
入所・居住系	11 短期入所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	12 施設入所支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	13 共同生活援助（介護サービス）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	14 共同生活援助（日中サービス）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	15 共同生活援助（外部サービス）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	16 福祉型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	17 医療型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
訪問系	18 居宅介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	19 重度訪問介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	20 同行援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	21 行動援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	22 就労定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	23 自立生活援助	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	24 居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	25 保育所等訪問支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
相談系	26 計画相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	27 地域移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	28 地域定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	29 障害児相談支援	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6号の3（個票）を入力すると、自動で出力されます。

対象施設・事業所の要件を満たしていない場合、基準単価（a）に「-」が表示されます。要綱別添1で要件を確認してください。

様式第6号の2(施設・事業所別実績一覧)

(単位:千円)

No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 障害福祉サービス施設・事業所のサービス継続支援事業			2. 障害福祉サービス施設・事業所等への協力支援事業			補助額計(g)	備考
				助成対象の区分	基準単価(a)	所要額(b)	補助額(c)	基準単価(d)	所要額(e)		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

様式第6号の3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ありません  
 が、列の挿入は絶対に行わないでください。

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。

様式第6号の3(施設・事業所別個票)

フリガナ		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。 提供サービスはプルダウンから選択してください。	
提供サービス		
事業所・施設の所在地		
		E-mail
事業区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業 → 2を記載	

該当の事業をチェックしてください。

1. 障害福祉サービス施設・事業所等の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)  
 ※ 要綱別添1(1)ア: 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用分、要綱別添1(1)イ: 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用分

- ① 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施設・事業所【要綱別添1(1)ア②】/感染者濃厚接触者発生した施設・事業所【要綱別添1(1)ア③】
- ② 濃厚接触者発生した施設・事業所【要綱別添1(1)ア②】/感染者濃厚接触者発生した事業所【要綱別添1(1)ア③】
- ③ 県から指定された事業所【要綱別添1(1)ア③】
- ④ ①、②以外の事業所であって、当該事業所の職員により、居宅で発生した感染症【要綱別添1(1)ア⑤、イ④】

プルダウンで選択してください。

基準単価・所要額は自動で出力されます。なお、対象施設・事業所の要件を満たしていない場合、基準単価に「-」が表示されます。要綱別添1で要件を確認してください。

対象経費の積算内訳

(1) 上記①から③に該当する施設・事業所等の場合

※【対象経費一覧(1)】のA～Cに該当する対象経費ごとに「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
ア			
イ			
ウ			
エ			
オ			
カ			
キ			
ク			
ケ			
コ			

【対象経費一覧】に記載のない経費は補助対象外です。

該当する「費目」を記載してください。  
 「費目」の詳細は、本マニュアル33ページの「対象経費と費目について」を参照してください。

「用途・品目・数量等」は具体的に記載してください。

【対象経費一覧(1)】

ア	緊急雇用に係る費用、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(要綱別添2のとおり、障害者支援施設等に限る。)
イ	施設・事業所の消毒・清掃費用
ウ	感染症廃棄物の処理費用
エ	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
オ	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用
カ	代替場所の確保費用(使用料)
キ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
ク	代替場所や利用者宅への旅費
ケ	利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車や自転車のリース費用
コ	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。)

※オからコまでの費用は、代替サービス提供期間の分に限る。

(2) 上記④に該当する事業所・施設等の場合

※【対象経費一覧(2)】のサに該当する対象経費について「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
サ			

前頁の注意書きを参考に必要事項を入力してください。

【対象経費一覧(2)】

サ	一定の要件に該当する自費検査費用(要綱別添2のとおり、障害者支援施設等に限定。)
---	--

(3) 上記⑤の事業所が居宅を訪問してサービスを提供する場合(代替サービス提供期間の分に限定。)

※【対象経費一覧(3)】のシ～チに該当する対象経費ごとに「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
シ			
ス			
セ			
ソ			
タ			
チ			

前頁の注意書きを参考に必要事項を入力してください。

【対象経費一覧(3)】

シ	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用
ス	代替場所の確保費用(使用料)
セ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
ソ	代替場所や利用者宅への移動費用
タ	利用者宅を訪問して健康管理を行う際の交通費
チ	通所できない利用者の安全確保に係る費用

寄付金その他の収入額(社会福祉法人の場合は寄付金収入額を除く)を入力してください。該当がない場合は入力不要です。

障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業に係る所要額

(1)～(3)の合計額(A)	0	寄付金その他の収入(B)		所要額(A-B)	0
----------------	---	--------------	--	----------	---

## 2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業

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)  
 ※ 要綱別添1(2)ア: 令和5年5月7日までに係るかかり増し費用分、要綱別添1(2)イ: 令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用分

① 上記1の①アに該当する施設・事業所に対し、協力を要する施設・事業所【要綱別添1(2)ア①】  
 ② 上記1の①イに該当する施設・事業所に対し、協力を要する施設・事業所【要綱別添1(2)イ①】

プルダウンで選択してください。

(1) 上記①、②に該当する施設・事業所等の場合

※【対象経費一覧】のツに該当する対象経費について「費目」、「支出(見込)額」、「用途・品目・数量等」をそれぞれ入力すること

対象経費	費目	支出(見込)額(円)	用途・品目・数量等
ツ			

前頁の注意書きを参考に必要事項を入力してください。

【対象経費一覧】

ツ	利用者受入や職員の応援(追加に必要な人員確保の費用)
---	----------------------------

寄付金その他の収入額(社会福祉法人の場合は寄付金収入額を除く)を入力してください。該当がない場合は入力不要です。

障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業に係る所要額

支出(見込)額の合計(A)	0	寄付金その他の収入(B)		所要額(A-B)	0
---------------	---	--------------	--	----------	---

収入・支出調書

（令和 年度千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金）

事業所名：

（単位：円）

項目	金額	内 訳
（収入の部）		
事業者負担金		補助金収入には、本補助金の補助額（交付決定額が上限）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	100,000	
収入合計（A）	100,000	
（支出の部）		
需用費	100,000	内訳表No.1のNo.1～3を参照
支出合計（B）	100,000	
収支差額（A－B）		

プルダウンで選択してください。  
費目の種別は本マニュアル33ページ「対象経費と費目について」を参照してください。

様式第6号の3の「対象経費の積算内訳」と突合できるように調書を作成してください。

内訳については、様式第9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。

様式第6号の日付と合わせてください。

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9号（第7条第4項関係）

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	30000	資料No.1
2	エタノール	20000	資料No.2
3	ガウン	50000	資料No.3
合 計		100000	

様式第9号（収入・支出調書）の内訳と突合できるように番号（No.）を記入してください。

資料Noは、様式第9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。

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。

添付資  
事業所

様式第9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。

(No. 1 )

添付枚数： 3 枚

添付枚数には、様式第9号（添付書類：証拠書類）の総枚数を記入してください。

## マスク購入の領収証

領収証等の写しは、この様式に糊付けするか、別紙としてホチキス止めしてください。  
(A4サイズに統一すること)

## マスク購入の納品書

領収書及び納品書は、必ず以下について確認してから提出ください。

- ・ 領収日（納品書の場合は納品日）が記載されているか。
- ・ 宛ては法人名もしくは補助対象施設・事業所名等が記載されているか。（個人名のみ記載は原則として補助対象外です。）
- ・ 請求者（納品書の場合は納品者）が記載されているか。
- ・ 金額及びその明細（商品名、数量、単価等）が記載されているか。
- ・ 領収書等の書類に対象経費以外の経費が含まれている場合は、マーカーで色付けするなど、対象経費が明確にわかるようにしてください。

令和 年 月 日

法人名

職名

代表者名

様式第6号の日付と合わせてください。



3-3 請求書の作成方法  
様式第7号(第13条関係)

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

所在地  
法人名  
代表者職氏名

必ず代表者の職名を記入してください。

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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

額の確定通知書の日付及び文書番号を記入してください。

令和 年 月 日付け千葉県障害達第 号で額の確定のあった令和 年度千葉県新  
型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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

請 求 額 金 \_\_\_\_\_ 円

額の確定通知書の確定額を記入してください。

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店
預金 口座	<p>交付申請書提出時の書類「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。</p>	
(フリガナ)		
口座名義人		

本件責任者の職・氏名：

担当者の職・氏名：

連絡先電話番号：

### 3-4 仕入れ控除税額報告書の作成方法

様式第10号（第7条第5号関係）

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

所在地  
法人名  
代表者職氏名

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

額の確定通知書の日付及び文書番号を記入してください。

令和 年 月 日付け千葉県障事達第 号で額の確定のあった令和 年度千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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。

本件責任者の職・氏名：  
担当者の職・氏名：

### 3-5 対象経費と費目について

#### (1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業

- ① 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施設・事業所  
(要綱第3条(1)ア(ア)①、(イ)①)
- ② 感染者と接触があった者(濃厚接触者)に対応した施設・事業所  
(要綱第3条(1)ア(ア)②、(イ)②)
- ③ 県から休業要請を受けた事業所(要綱第3条(1)ア(ア)③)

	対象経費	費目
ア	緊急雇用に係る費用	(例)新たに採用した臨時職員の賃金→賃金
	割増賃金	給与
	手当	職員諸手当等
	職業紹介料	役務費
	損害賠償保険の加入費用	役務費
	帰宅困難職員の宿泊費	旅費
	連携機関との連携に係る旅費	旅費
	一定の要件に該当する自費検査費用	(例)病院等での検査費用→役務費 (例)検査キット購入費用→需用費
イ	施設・事業所の消毒・清掃費用	(例)外部委託した場合→委託費 (例)消毒・清掃のために物品購入した場合→需用費
		(例)消毒・清掃のために超過勤務手当が発生した場合→職員諸手当等
ウ	感染症廃棄物の処理費用	(例)処理業務委託費用→委託費 (例)廃棄物処理に必要な物品の購入→需用費
エ	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	需用費
オ	代替サービス提供に伴う 緊急雇用に係る費用	(例)新たに採用した臨時職員の賃金→賃金
	代替サービス提供に伴い発生した割増賃金	給与
	代替サービス提供に伴い発生した手当	職員諸手当等
	代替サービス提供に伴い発生した 職業紹介料	役務費
	代替サービス提供に伴い発生した	役務費
	帰宅困難職員の宿泊費	旅費
	代替サービス提供に伴い発生した旅費	旅費
カ	代替場所の確保費用(使用料)	使用料
キ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員 による同行指導への謝金	報償費
ク	代替場所や利用者宅への旅費	旅費
ケ	利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等 を行うため緊急かつ一時的に必要な車 や自転車のリース費用	賃借料
コ	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)	賃借料

④ 感染症の疑いのある（発熱等の症状を呈する）利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、 自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所（①、②の場合を除く） （要綱第3条（1）ア（ア）④、（イ）③）		
対象経費		費目
サ	一定の要件に該当する自費検査費用	（例）病院等での検査費用→役務費 （例）検査キット購入費用→需用費
⑤ ①、③以外の事業所であって、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、できる限りのサービスを提供した事業所（要綱第3条（1）ア（ア）⑤、（イ）④） <b>【居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な費用】</b>		
対象経費		費目
シ	代替サービス提供に伴う 緊急雇用に係る費用	（例）新たに採用した臨時職員の賃金→賃金
	代替サービス提供に伴い発生した割増賃金	給与
	代替サービス提供に伴い発生した手当	職員諸手当等
	代替サービス提供に伴い発生した 職業紹介料	役務費
	代替サービス提供に伴い発生した 損害賠償保険の加入費用	役務費
ス	代替場所の確保費用（使用料）	使用料
セ	居宅介護事業所に所属する居宅介護職員 による同行指導への謝金	報償費
ソ	代替場所や利用者宅への旅費	旅費
タ	利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等 を行うため緊急かつ一時的に必要となる車 や自転車のリース費用	賃借料
チ	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）	賃借料
<b>(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業</b>		
① （1）の①又は③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所 に対し、協力する施設・事業所 （要綱第3条（2）ア（ア）、（イ）） <b>【利用者受入や職員の応援派遣に係る費用】</b>		
対象経費		費目
ツ	追加で必要な人員確保のための 緊急雇用に係る費用	（例）新たに採用した臨時職員の賃金→賃金
	割増賃金	給与
	手当	職員諸手当等
	職業紹介料	役務費
	損害賠償保険の加入費用	役務費

## 4 Q & A

### 4-1 対象施設・事業所について

No.	質問	回答
1	要綱第3条(1)ア(ア)①や(イ)①に記載のある「職員に感染者が発生した」の「職員」は、常勤、非常勤を問わないか。また、施設内で勤務する委託業者職員や派遣会社社員などが感染した場合も、「職員」としてよいか。このほか、利用者に接する職員であることなどの要件はあるか。	「職員」は、常勤や非常勤を問わず、また、施設内で勤務する委託業者職員や派遣会社社員なども含めて差し支えありません(ボランティアは除く)。 なお、利用者と接する等の要件はありません。
2	要綱第3条(1)ア(ア)①や(イ)①について、「利用者又は職員に感染者が発生した施設・事業所」とあるが、利用者に感染者と接触があった者(濃厚接触者)が発生したのみの場合は該当するか。	利用者に感染者と接触があった者(濃厚接触者)が発生したのみでは、要綱第3条(1)ア(ア)①や(イ)①対象の施設・事業所に該当しません。
3	対象施設・事業所の要件である感染者の発生や感染者と接触があった者への対応について、自身が感染者や同居している者が感染者であることの証明書を医療機関や保健所から入手し、施設・事業所から当該証明書の提出を求める必要があるか。	医療機関や保健所からの証明書の提出は必要とはしていません。(例えば、事業所等から感染者となった経緯等の簡単な報告を求めることにより確認を行っている例があります)
4	要綱第3条(1)ア(ア)②の「濃厚接触者に対応した」や(イ)②「感染者と接触があった者に対応した」とは、電話連絡等で健康状態を確認する等ではならず、直接、サービスを提供する必要があると考えてよいか。 また、施設・事業所として利用者が感染者と接触があった者(濃厚接触者)であることを証明するために備えておくべきものはあるか。	お見込みのとおりです。 なお、感染者と接触があった者(濃厚接触者)に対応したことが分かる客観的な資料(記録等)があると望ましいと考えます。
5	要綱第3条(1)ア(ア)②や(イ)②について、感染者と接触があった者(濃厚接触者)に対応した通所系サービス事業所は該当しないという理解でよいか。	お見込みのとおりです。
6	感染者の発生した施設に応援職員を派遣した場合に要綱第3条(2)の対象となるが、派遣先で応援職員が感染者と接触があった者(濃厚接触者)に対応した場合、要綱第3条(1)ア(ア)②や(イ)②の対象施設にもなりうるか。	応援職員として派遣された施設・事業所で感染者と接触があった者(濃厚接触者)に対応した場合は、要綱第3条(1)ア(ア)②や(イ)②の対象施設とはなりません。

No.	質 問	回 答
7	同一建物に複数事業所があり、複数事業所を兼務している職員が感染者となった場合は、兼務している複数事業所はすべて感染者が発生した対象事業所として取り扱って良いか。また、障害者支援施設内で感染者や感染者と接触があった者（濃厚接触者）が発生した場合に、同一施設内に併設する短期入所、生活介護、就労継続支援B型等の他のサービスについて、同一空間を共有している場合は、すべて併設するサービスについても感染者や感染者と接触があった者（濃厚接触者）が発生した事業所として考えてよいか。	差し支えありません。
8	感染者が発生した事業所の同一敷地内に併設された事業所や多機能型事業所として他サービスを提供している事業所も感染者が発生した事業所とみなされるか。	同一空間を共有している他の事業所で感染者が発生した場合、併設している他の事業所も感染者が発生した事業所としてみなして差し支えありません。ただし、同一敷地であっても同一空間を共有していない場合は、感染者が発生した事業所とすることはできません。
9	要綱第3条（1）ア（ア）⑤や（イ）④の対象となる事業所について、短期間のサービス提供をした場合（例えば実績として1回）であっても対象事業所の条件を満たす場合は、対象事業所として取り扱ってよいか。	差し支えありません。
10	要綱第3条（1）ア（ア）⑤や（イ）④の※に記載のある「（近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合（感染者が一定数継続して発生している状況等）に限る。）」は具体的にどのような状況を指すのか。特に「感染者が発生している場合」というのは、陽性者が1人でも発生している場合でもよいのか、陽性者の判明があってからどのくらいの期間までを指すのか。	「近隣自治体」については、地域における新型コロナウイルスの流行状況に応じて、市町村単位やそれよりも大きな範囲など、適宜判断します。また、「感染者が発生している場合」についてはお見込みのとおりですが、具体的な期間は定めておりません。当該地域で感染者が発生又は感染症が流行し、通常形態での通所サービスの提供が困難と考えられる場合は対象として差し支えありません。
11	要綱第3条（1）ア（ア）⑤や（イ）④に「感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合」とあるが、感染者が発生した場合には、こちらの区分では対象とならず、①の区分として対象となるという整理でよいか。	お見込みのとおりです。
12-1	要綱第3条（1）ア（ア）⑤について、一部の利用者については通常の通所サービスを提供し、他の一部の利用者については居宅を訪問してサービスを提供するといった形態をとる事業所は該当するか。	要綱上の必要な要件を満たす場合には対象事業所該当するものとし、質問事例における居宅を訪問して利用者にサービスを提供する部分に係るかかり増し経費に限り補助対象として差し支えありません。

No.	質 問	回 答
12-2	要綱第3条(1)ア(イ)④について、一部の利用者については通常の通所サービスを提供し、他の一部の利用者については居宅を訪問してサービスを提供するといった形態をとる事業所は該当するか。	休業している事業所を対象しており、利用者が希望する場合に居宅を訪問してサービス提供することは対象となりません。
13	要綱第3条(1)ア(ア)⑤や(イ)④の※に記載のある、「(近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る。)」とあるが、当該事業所では職員及び利用者に感染者や感染者と接触があった者(濃厚接触者)が発生していなくても他の要件を満たしていれば対象事業所となるのか。	お見込みのとおりです。
14	別添1の助成額の算定欄において、「施設・事業所ごとに(1)及び(2)についてそれぞれ基準単価まで助成できる」とある。例えば、生活介護事業所において、6月に感染者が発生し、要綱第3条(1)ア(イ)①に該当して基準単価の上限の助成を受け、11月に要綱第3条(1)ア(イ)④に該当する訪問サービスを提供した場合は、11月時点では3(1)ア(イ)①に該当しないため、3(1)ア(イ)④に該当する事業所として改めて助成することができると考えてよいか。	お見込みのとおりです。 別添1の(1)イの①から③(アの①から④)まで、(1)イの④(アの⑤)及び(2)のそれぞれについて、その時点の事業所の状況に応じて原則として基準単価まで助成可能です。
15	共生型サービスの指定を受けている事業所において、例えば、職員が新型コロナウイルスに感染したり、障害福祉(介護保険)サービス又は共生型介護保険(共生型障害福祉)サービスのいずれかの利用者が感染した場合、障害の事業と介護の事業のどちらで申請可能なのか。二重申請とならなければ事業所の選択によりいずれかの事業を申請可能と考えてよいか。	お見込みのとおりです。
16	共生型サービスの指定を受けている事業所の取扱いについて、対象経費に重複がなければ、障害分と介護分で各々基準単価の上限まで交付が可能と考えてよいか。	お見込みのとおりです。
17	令和4年度に障害福祉サービス等事業者に対するサービス継続支援事業を利用した施設・事業所であっても、令和5年度も対象施設・事業所の要件を満たしている場合は、令和5年度に要した対象経費について本事業の申請が可能と考えてよいか。	お見込みのとおりです。
18	保護施設等、障害福祉サービス以外の施設等に協力した施設・事業所は、要綱第3条(2)の対象に含まれるか。	対象外となります。

#### 4-2 対象経費について

No.	質問	回答
1	対象経費については、4月1日以降のものであれば、交付決定前に要した経費についても対象としてよいか。また、感染者の発生日が例えば令和4年度末でも対象経費の支払の完了が令和5年4月1日以降であれば、対象としてよいか。	お見込みのとおりです。
2	応援職員の派遣に関して以下については対象経費となるか。 ①派遣職員が派遣前、派遣後に行うPCR検査 ②派遣後PCR検査の結果がでるまでの間、自宅に帰ることができない場合のホテル宿泊代	①対象外の経費となります。 ②「職員派遣に係る宿泊費」に該当するものとし、対象経費として差し支えありません。
3	<u>要綱第3条(1)ア(ア)①から④又は(イ)①から③に該当する施設・事業所の対象経費について、感染者の発生や感染者と接触があった者(濃厚接触者)への対応に伴って要した経費を対象とし、感染者の発生や感染者と接触があった者(濃厚接触者)への対応が行われる以前に要した経費(例えば、あらかじめ購入した衛生用品にかかわる経費)は対象とならないと考えてよいか。</u>	<u>お見込みのとおりです。</u>
4	要綱別添1の「緊急雇用にかかる費用」において、人材募集の広告費用、派遣会社からの人材派遣に係る経費、新たに職員を雇用した際の職員の給与は対象としてみなすことができるか。	対象経費として差し支えありませんが、感染者の発生等に対応するために必要となった緊急雇用に係るもののみが対象となり、通常時を想定した人材確保のための募集が含まれないようにしてください。感染収束後も活用できるような人材募集のパンフレット作成費などは対象外です。
5	要綱別添1の「緊急雇用にかかる費用」について、新型コロナウイルスに感染した職員が退職したため、その者に代わる新たな職員を雇用した場合の基本給与は補助対象か。	職員の退職に伴い新たに雇用された職員の基本給与については障害福祉サービス等報酬が充てられるものと考えられるため、対象外となります。
6	感染者が発生した事業所・施設等において、本事業の補助申請をするための資料作成や手続で生じた事務職員の割増賃金・手当は、補助対象となるか。	対象となります。
7	令和5年3月以前に感染者が発生し、当該発生に関して例えば令和5年4月以降に割増賃金・手当を支給した場合、当該手当は補助対象となるか。	感染者の発生や感染者と接触があった者への対応により生じた追加的業務に係る労働の対償として使用者が支払う職員の割増賃金や手当であれば、補助対象となります。
8	要綱別添1の「割増賃金・手当」について、水準や上限額の定めはあるか。例えば居宅介護事業所において1回の居宅介護の提供に係る職員の給料と同程度の水準とすることや、施設・事業所や職員の事情に応じて1人1日1000円から3000円などとすることは可能か。	手当等の水準については、社会通念上、適当と認められるものである必要があります。御指摘の例については、一般的に適当と考えて差し支えないと考えます。



No.	質 問	回 答
9	要綱別添1の「割増賃金・手当」の水準について、施設・事業所や職員の事情に応じて1人1日1万円を支払う場合は補助対象となるか。	御指摘の例については、一般的に適切と考えて差し支えありません。
10	要綱別添1の「割増賃金・手当」について、感染者の発生時において、超過勤務手当のどの範囲が補助対象となるのか。	本事業における補助は、感染者の発生等に伴うかかり増し経費となるため、感染者の発生していない通常時において生じる超過勤務手当に係る費用は補助対象外であり、当該費用は補助対象から除外する必要があります。
11	要綱別添1の「損害賠償保険の加入費用」について、どのような保険内容のものが補助対象となるのか。	感染者の発生等に対応するため職員を緊急雇用した場合に、当該者によるサービス提供時の事故等に対する損害賠償保険を想定しています。
12	要綱別添1の「施設・事業所の消毒・清掃費用」について、どのような費用が補助対象となるのか。	<p>対象施設・事業所において、その要因が解消するまでの間に要する消毒、清掃費用に限り補助対象となります。このため、<u>要因解消以降にも使用できるものや、将来感染が起きた場合に備えて購入するものは補助対象外となります。</u></p> <p>&lt;補助対象の具体例&gt;  清掃業務の委託費用、リネンサプライ等のクリーニング費用、対象施設・事業所となった要因が解消するまでの間に係る施設・事業所の消毒、清掃に必要な物品（使い捨ての筈・ちりとり、雑巾、ゴミ袋、消毒シート、消毒液等）の購入費用（ただし、<u>要因解消以降にも使用できるものや抗菌を目的とする消毒は対象外（消毒・清掃機器、繰り返し使用可能なゴミ箱、バケツなど）</u>）</p>
13	「施設・事業所の消毒、清掃費用」は、外部事業者への委託経費だけでなく、事業者が自社で実施した際の消毒・清掃に要する需用費や自社で行ったことに伴う超過勤務手当等は、対象経費となるか。	対象経費として差し支えありません。超過勤務手当については割増賃金・手当の規定でみる事が可能です。
14	「利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用」や「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」について、リース費用という記載があることから購入の場合は対象経費とはならず、リース費用のみが対象となると考えてよいか。	お見込みのとおりです。

No.	質 問	回 答
15	<p>緊急雇用に係る費用について、人材派遣会社等を通じて臨時的に人員を確保した場合に、人材派遣会社との契約として2か月ないし3か月といった中・長期的な期間でしか契約ができない場合、人材派遣会社との契約期間が終了するまでの間、派遣元施設において追加的人件費が発生し続けることとなる。</p> <p>このような場合に、人材派遣会社との契約期間が終了するまでの間の追加的人件費についても、コロナ対応の中で不可抗力により発生したかかり増し経費として、対象となると考えて差し支えないか。</p>	<p>本来欠員が解消された日以降は臨時的に確保した人員は不要となるが、やむを得ずご指摘のようなケースが生じた場合、必要最低限の範囲で欠員解消日以降も対象として差し支えありません。ただし、不要な長期契約とならないよう必要に応じて派遣会社等に契約状況等の確認を行います。</p>
16	<p>感染者が発生し休業している事業所について、休業によりパート職員を自宅待機させている期間の賃金は対象経費として認められるか。</p>	<p>対象外の経費となります。</p>
17	<p>緊急時の人員不足を補う際の割増賃金や手当等により発生する事業所の社会保険料等は対象経費になると考えてよいか。</p>	<p>事業所負担の増額分であれば、対象として差し支えありません。</p>
18	<p>訪問系サービス事業所（A事業所とする。）において、職員に感染者が発生したため、利用者への訪問を別の訪問サービス事業所（B事業所とする。）に対応してもらうこととした。</p> <p>B事業所の職員に追加的な業務が発生したことに伴い、A事業所からB事業所に対して利用者を訪問した際に要した人件費相当分を謝金として支払う場合、当該謝金は対象経費となるか。</p>	<p>A事業所からB事業所に対して利用者を訪問した際に要した人件費相当分を謝金として支払う場合の経費は、対象外の経費となります。</p>
19	<p>「帰宅困難職員の宿泊費」には、「ウィークリーマンションの賃貸料」も含まれるか。（職員・利用者ともに感染者が発生し、職員を自宅から通わせるのを避けるためにウィークリーマンションを借りることを想定）</p>	<p>賃貸物件に係る経費については、帰宅困難期間に限定して契約する等、都道府県が利用状況を確認できるのであれば、当該期間の経費については、対象経費として差し支えありません。なお、帰宅困難期間外の宿泊分については、対象経費として認められません。</p>
20	<p>申請時点で購入予定の物品は対象経費として認められるか。</p>	<p>対象経費に該当する物品であって、令和5年度中に購入予定のものであれば差し支えありません。</p>
21	<p>感染者が発生した事業所（A事業所）に同一法人の別事業所（B事業所）の職員が応援に行った場合、当該応援職員に対する割増賃金は別事業所（B事業所）の対象経費として認められるか。</p>	<p>B事業所は、要綱第3条（2）に該当する事業所であることから、派遣により発生した割増賃金は対象経費となります。</p>

No.	質 問	回 答
22	<p>「感染者又は濃厚接触者（アの場合）・感染者と接触のあった者（イの場合）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」について、在庫の不足が見込まれる場合に限られるのか。例えば、陽性者が発生したが法人の在庫で十分対応でき、かつ、その後も不足がない場合は対象外となると考えてよいか。</p>	<p>お見込みのとおりです。</p>
23	<p>要綱別添1の「感染性廃棄物の処理費用」について、どのような費用が補助対象となるのか。</p>	<p>対象施設・事業所において、その要因が解消するまでの間に生じた感染性廃棄物処理に要する費用に限り補助対象となります。このため、<u>要因解消以降にも使用できるものや、将来感染が起きた場合に備えて購入するものは補助対象外となります。</u></p> <p>&lt;補助対象の具体例&gt;          処理業務委託費用、対象施設・事業所となった要因が解消するまでの間に係る廃棄物処理に必要な物品（当該感染に係る廃棄物処理に使用するごみ袋、ブルーシート、テープ等）の購入費用（<u>ただし、要因解消以降にも使用できるもの（繰り返し使用可能なごみ箱等）や当該感染と関係のない廃棄物に係る処理費用は対象外</u>）</p>
24	<p>要綱別添1の「感染者又は濃厚接触者（アの場合）・感染者と接触のあった者（イの場合）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」について、「在庫不足が見込まれる」とは、どのような状況を想定しているのか。</p>	<p>当該感染者又は感染者と接触があった者（濃厚接触者）の発生時等において、当該発生等への対応期間に使用するであろう量に対し、施設・事業所で保有する在庫量では不足することが見込まれる場合を想定しています。よって、十分な保有量があり在庫の不足が見込まれない場合は補助対象とはなりません。</p>
25	<p>要綱別添1の「感染者又は濃厚接触者（アの場合）・感染者と接触のあった者（イの場合）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」について、「衛生・防護用品」とは、どのような物が補助対象となるのか。</p>	<p>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・防護用品であって、感染等が発生した際に多量に消費するマスク、手袋、ガウン、フェイスシールド、ゴーグル、清拭クロス、ドライシャンプー、消毒液などといった防護具等や消毒用品を想定しています。<u>体温計やパルスオキシメーター、パーティション、ポータブルトイレ、ブラシ、バケツなどといった器具や備品、おむつなどは補助対象外となります。</u></p> <p>ただし、体温計やパルスオキシメーターについては、施設内療養が必要となった障害者支援施設、共同生活援助事業所、福祉型障害児入所施設及び医療型障害児入所施設において、療養中の入所（居）者の経過観察のために必要であると認められる場合は、対象として差し支えありません。</p>

No.	質 問	回 答
26	要綱別添1の「感染者又は濃厚接触者（アの場合）・感染者と接触のあった者（イの場合）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」について、どのくらいの購入量が補助対象となるのか。	見込まれる不足量が補助対象となります。
27	自治体において雇用する会計年度任用職員など事務的経費は、対象とはならないか。	対象外の経費となります。
28	施設・事業所における感染者の発生等に対応するため、自治体が負担する衛生用品の購入費や施設設備の借上料等は、対象とはならないか。	対象外の経費となります。
29	要綱別添1に記載している対象経費のうち、「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」は、通所系事業所における代替サービス提供を補助することを想定しているのか。	お見込みのとおりです。

#### 4-3 自費検査について

No.	質問	回答
1	要綱別添2の2(2)アに「濃厚接触者と同居する職員」、イに「感染者と同居する職員」とあるが、ここでいう「同居」とは、住民票上の世帯又は住所が同一である場合を指すのか、それとも実態としての同居を指すのか。また、同居の期間や同居者の要件はあるか。	期間等の要件は定めていませんが、同居とは実態で判断します。単に住民票は同じであっても、別居していて全く接触機会がない場合などは含まれません。
2	要綱別添2の2(2)に「感染者」とあるが、PCR検査の陽性者又は抗原検査の陽性者を指すのか。また、自費検査の陽性者も含まれるか。	感染者については、PCR検査のほか抗原検査(いずれも自主検査含む。)により陽性となった方を指します。
3	要綱別添2の2(2)ア・イ①に「又は感染拡大地域における」と記載があるが、「感染拡大地域」とは具体的にどの程度の範囲で、誰がいつ定めるものを想定しているのか。	「感染拡大地域」とは、具体的な定義はありませんが、例えば、同一又は隣接市町村内などにおける新型コロナウイルス感染症の流行状況に応じて判断します。
4	自費検査の費用とは、例えば、PCR検査キットや抗原検査キットの購入して検査を行う場合の購入経費も対象経費に含まれるのか。また、別添2の要件を満たさない場合は、PCR検査キットや抗原検査キットの購入経費は対象とならないと考えてよいか。	PCR検査キットや抗原検査キットを購入して自費検査を行う場合の購入経費も対象に含まれます。なお、 <u>別添2の要件を満たさない場合は、PCR検査キットや抗原検査キットの購入経費は対象外となります。</u>
5	感染者が発生した施設において、当該施設の職員又は利用者の一部を行政検査ではなく本事業を利用して検査を行うことは可能か。	通常行政検査の対象となるような場合については対象外となります。
6	自費検査費用について、要綱別添2の2(4)ウにおいて、「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。」とあるが、要件に該当した上で自費検査を行った結果、陽性者が確認された場合、この陽性者が確認されるまでに実施した自費検査の費用が対象となると考えてよいか。	お見込みのとおりです。
7	障害者支援施設が自費検査を実施する場合、当該施設が実施する日中活動のみで勤務する職員や当該施設が実施する日中活動に通所する利用者に対する自費検査の費用も対象となるか。	職員は対象となりますが、通所のみ利用している利用者は対象外となります。 なお、基準単価については、施設入所支援の基準単価を用います。

No.	質 問	回 答
8	<p>感染者が発生した施設・事業所に応援職員を派遣した施設・事業所において、当該応援職員が派遣元へ復帰する際、任意で当該応援職員に対してPCR検査を行う場合の検査費用は対象となるか。</p>	<p>応援職員が自施設・事業所に戻る場合に、施設・事業所として当該職員が感染の疑いがあるものとして自費で検査する場合について、要綱別添2の2（1）並びに（2）ア・イの①及び②に該当する場合は、当該自費検査の費用を対象として差し支えありません。</p> <p>なお、その場合、当該自費検査に要する経費の基準単価は、要綱別添1の（1）ア④又はイ③に規定する単価を用います。</p>
9	<p>要綱別添2における一定の要件に該当する自費検査費用について、障害者支援施設又は共同生活援助事業所の職員又は利用者に感染者が発生した場合、その後の検査は補助対象とはならないのか。</p> <p>感染者ではなく、感染者と接触があった者（濃厚接触者）の場合はどうか。</p>	<p>お見込みのとおりです。要綱別添2に規定する対象施設・事業所において感染者が発生した場合はその後の検査は行政検査の対象となります。</p> <p>なお、当該施設等内に感染者はおらず、職員又は利用者が感染者と接触があった者（濃厚接触者）となった場合については、要綱別添2の全ての要件を満たす場合は、補助対象として差し支えありません。</p>

## 5 ちば電子申請サービスへのアクセス方法

(1) ちば電子申請サービスにアクセスします。

申請用：[https://apply.e-tumo.jp/pref-chiba-u/offer/offerList\\_detail?tempSeq=29335](https://apply.e-tumo.jp/pref-chiba-u/offer/offerList_detail?tempSeq=29335)

実績報告用：提出先 URL については、令和6年4月以降に交付決定通知と併せてメールでお知らせいたします。

(2) ①か②で次に進みます。

① 原則は「利用者登録せずに申し込む」をクリック。

② 既に利用者登録がお済の場合 (ID とパスワードがある場合) は、「利用者 ID 及びパスワード」を入力してログインしてください。

手続き申込

### 利用者ログイン

手続き名	新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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（令和5年度発生分）申請フォーム
受付時期	2024年1月31日12時00分～2024年2月29日12時00分

①「利用者登録せずに申し込む」

[利用者登録せずに申し込む方はこちら >](#)

[利用者登録される方はこちら](#)

### 既に利用者登録がお済みの方

**利用者IDを入力してください**

利用者登録時に使用したメールアドレス。  
または各手続の担当部署から受領したIDをご入力ください。

**パスワードを入力してください**

②「利用者 ID 及びパスワード」を入力してログインをクリック

利用者登録時に設定していただいたパスワード。  
または各手続の担当部署から受領したパスワードをご入力ください。  
忘れた場合、「パスワードを忘れた場合はこちら」より再設定してください。

メールアドレスを変更した場合は、ログイン後、利用者情報のメールアドレスを変更ください。

[パスワードを忘れた場合はこちら](#)

[ログイン >](#)

- (3) 利用規約が表示されます。  
内容を確認の上、「同意する」をクリックします。

<利用規約>  
同意することができない場合は、本サービスをご利用いただけません。  
なお、本サービスを利用された方は、利用規約に同意したものとみなされます。

1 目的  
この利用規約は、本サービスを利用して千葉県、千葉県内の市町及び指定管理者に対する電子申請を行うために必要な事項を定めるものです。

2 用語の定義  
(1) 電子申請  
本サービスを利用して、申請・届出などの行政手続等を行うこと。  
(2) 県内自治体  
本サービスを提供する千葉県及び千葉県内の市町。  
(3) 指定管理者  
地方自治法第244条の2第3項の規定により、千葉県内の市町が施設の管理を行わせる者。

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただいたものとみなします。

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。

受付時期は 2024年1月31日12時00分 ~ 2024年2月2日17時00分 です。  
「申込み」ボタンを押す時、上記の時間をすぎていると申込ができません。

< 一覧へ戻る 同意する >

- ① 「利用者登録せずに申し込む」を選択した場合  
⇒ (4) に進みます。
- ② 「利用者 ID 及びパスワード」を入力の上、ログインをした場合  
⇒ 申請画面が表示されますので、画面の指示に従い申請を行ってください。



(4) 「利用者登録せずに申し込む」を選択した場合

メールアドレスの入力画面が表示されますので、入力してください。

入力したメールアドレス宛に、申し込み画面への URL が届くのでアクセスします。

※メールアドレスの誤入力や末尾の半角スペースには十分注意してください。

**利用者ID入力**

新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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（令和5年度発生分）申請フォーム

連絡がとれるメールアドレスを入力してください。  
入力が完了いたしましたら、アドレスに申込画面のURLを記載したメールを送信します。  
URLにアクセスし、残りの情報を入力して登録を完了させてください。  
また、迷惑メール対策を行っている場合には、「test-pref-chiba@apply.e-tumo.jp」からのメール受信が可能な設定に変更してください。  
上記の対策を行っても、申込画面のURLを記載したメールが届いて来ない場合には、別のメールアドレスを使用して申込を行ってください。  
なお、送信元のメールアドレスに返信しても正しい合わせには対応できません。  
最後に、携帯電話のメールでは、初期設定でURLリンク付きメールを拒否する設定をされている場合がございますので、その場合も同様にメール受信が可能な設定に変更してください。

**連絡先メールアドレスを入力してください** 必須

**連絡先メールアドレス（確認用）を入力してください** 必須

メールアドレスを入力し、「完了する」をクリック

戻る 完了する

【送付されるメールの例】

ちば電子申請サービス

件名：

新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉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（令和5年度発生分）申請フォーム

の申込画面への URL をお届けします。

◆パソコン、スマートフォンはこちらから  
[http://e-tumo.bizplat.asp.lgwan.jp/test-pref-chiba-u/offer/completeSendMail\\_gotoOffer?completeSendMailForm.templateSeq=12989&num=0&t=1706685863184&user=m.ishd63%40pref.chiba.lg.jp&id=a9777fabd7545bb338935c0d1f0e6c8a](http://e-tumo.bizplat.asp.lgwan.jp/test-pref-chiba-u/offer/completeSendMail_gotoOffer?completeSendMailForm.templateSeq=12989&num=0&t=1706685863184&user=m.ishd63%40pref.chiba.lg.jp&id=a9777fabd7545bb338935c0d1f0e6c8a)

↑こちらに表示される URL にアクセス

メールで送付された URL にアクセスすると申請画面が表示されますので、画面の指示に従い、申請を行ってください。