

## 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

令和 年 月 日

千葉県知事 熊谷 俊人 様

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。

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	
申請内容					
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
通所系	1 療養介護		0 か所	0 千円	0 か所
	2 生活介護		0 か所	0 千円	0 か所
	3 自立訓練（機能訓練）		0 か所	0 千円	0 か所
	4 自立訓練（生活訓練）		0 か所	0 千円	0 か所
	5 就労移行支援		0 か所	0 千円	0 か所
	6 就労継続支援A型		0 か所	0 千円	0 か所
	7 就労継続支援B型		0 か所	0 千円	0 か所
	8 児童発達支援		0 か所	0 千円	0 か所
	9 医療型児童発達支援		0 か所	0 千円	0 か所
	10 放課後等デイサービス		0 か所	0 千円	0 千円
短期入所	11 短期入所		0 か所	0 千円	0 か所
入所・居住系	12 施設入所支援		0 か所	0 千円	0 か所
	13 共同生活援助（介護サービス包括型）		0 か所	0 千円	0 か所
	14 共同生活援助（日中サービス支援型）		0 か所	0 千円	0 か所
	15 共同生活援助（外部サービス利用型）		0 か所	0 千円	0 か所
	16 福祉型障害児入所施設		0 か所	0 千円	0 か所
	17 医療型障害児入所施設		0 か所	0 千円	0 千円
訪問系	18 居宅介護		0 か所	0 千円	0 か所
	19 重度訪問介護		0 か所	0 千円	0 か所
	20 同行援護		0 か所	0 千円	0 か所
	21 行動援護		0 か所	0 千円	0 か所
	22 就労定着支援		0 か所	0 千円	0 か所
	23 自立生活援助		0 か所	0 千円	0 千円
	24 居宅訪問型児童発達支援		0 か所	0 千円	0 か所
	25 保育所等訪問支援		0 か所	0 千円	0 千円
相談系	26 計画相談支援		0 か所	0 千円	0 か所
	27 地域移行支援		0 か所	0 千円	0 か所
	28 地域定着支援		0 か所	0 千円	0 か所
	29 障害児相談支援		0 か所	0 千円	0 千円
小 計			0 か所	0 千円	0 か所
合 計 (1+2)			0 千円		

添付書類

- ・施設・事業所別申請額一覧（様式第1号の2）
- ・施設・事業所別個票（様式第1号の3）（施設・事業所数分）
- ・誓約書（様式第2号）
- ・役員等名簿（様式第3号）
- ・申出書（別紙1）（事業所・施設数分）
- ・検査理由書（別紙2）（自費検査に係る費用を補助申請する場合に限る。）
- ・個別協議書（別紙3）（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に限る。）
- ・口座振替依頼書

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			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)	申請額(f)		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
合計												

(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(d)」は、交付要綱の別添1に記載された基準単価を記入すること。
- 3
- 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は「様式第1号の3(事業所・施設別個表)」に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4
- 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。

様式第1号の3(施設・事業所別個票)

事業所・施設の状況	フリガナ				障害福祉サービス等事業所番号
	事業所・施設の名称				
	提供サービス				
	事業所・施設の所在地	(郵便番号      -      )			
	連絡先	電話番号		E-mail	
	担当者の氏名				
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				

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、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			
<div>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①、イ①】</div> <div>② 濃厚接触者に対応した施設・事業所【要綱別添1(1)ア②】／感染者と接触があった者に対応した施設・事業所【要綱別添1(1)イ②】</div> <div>③ 県から休業要請を受けた事業所【要綱別添1(1)ア③】</div> <div>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。)(要綱別添1(1)ア④)／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。)(要綱別添1(1)イ③)</div> <div>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【要綱別添1(1)ア⑤、イ④】</div>				

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(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			

【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			

【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		
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。)		

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、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			
①	上記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【要綱別添1(2)ア①】/上記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【要綱別添1(2)イ①】			
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【要綱別添1(2)ア②、イ②】			

対象経費の積算内訳

(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			

【対象経費一覧】

ツ	利用者受入や職員の応援派遣に係る費用 (追加で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)		
---	--	--	--

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
---------------	---	--------------	--	----------	---