和歌山県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）補助金等申請書記載マニュアル

下記 a～d の様式の記載方法に限る

a　交付申請書（別記第１号様式）【法人単位で作成】

b　事業所・施設別申請額一覧（自動入力のため作業の必要なし）

c　事業実施計画書※（別記第４号様式）
【各事業所単位で作成し、法人で集約】
以下「本マニュアルでは「個票」という。」

d　介護慰労金受給職員表※（別記第５号様式）
【各事業所単位で作成し、法人で集約】
以下「本マニュアルでは「職員表」という。」

・慰労金支給事業と感染症対策支援事業等（慰労金支給事業以外）は別々に申請していただく必要があります。

・各申請時においては本マニュアルに沿って指定の箇所のみ入力し、他の事業の申請時に使用する箇所へは入力しないでください。

慰労金支給事業を申請する場合の手順
手順１～５
手順７～１１

感染症対策支援等事業（慰労金支給事業以外の事業）を申請する場合の手順
手順１～２
手順６～１１

目次

目次

慰労金支給事業と感染症対策支援事業等申請の際の共通の手順（その１）

手順１：各事業所へ申請用エクセルファイルの送付 －１－
手順２：個票の「施設概要」・「口座情報」を記載 －１－

慰労金支給事業の申請の際に行う手順

手順３：個票の慰労金支給事業関係箇所について入力 －５－
手順４：各事業所ごとに職員表を作成 －５－
手順５：各事業所が作成した職員表を法人単位で集約 －５－

感染症対策支援等事業申請の際に行う手順

手順６：個票の感染症対策支援等事業の関係箇所について入力 －18－

慰労金支給事業と感染症対策支援事業等申請の際の共通の手順（その２）

手順７　各事業所の個票のシートを１つの Excel ファイルに集約し －23－
手順８　個票の内容が、サービス別一覧に正しく反映されていることを確認 －25－
手順９　申請額一覧の「リスト作成」ボタンを押す。 －26－
手順１０　交付申請書に、申請者の法人名等を入力 －27－
手順１１　エクセルファイルの名前を代表となる事業所の事業所番号に変更 －28－

その他

各種様式について －31－

慰労金支給事業と感染症対策支援事業等申請の際の共通の手順（その１）

・手順１：各事業所へ申請用エクセルファイルの送付　法人

・手順２：個票の「施設概要」・「口座情報」を記載　各事業所

法人

法人単位で行うもの

各事業所

各事業所単位で行うもの

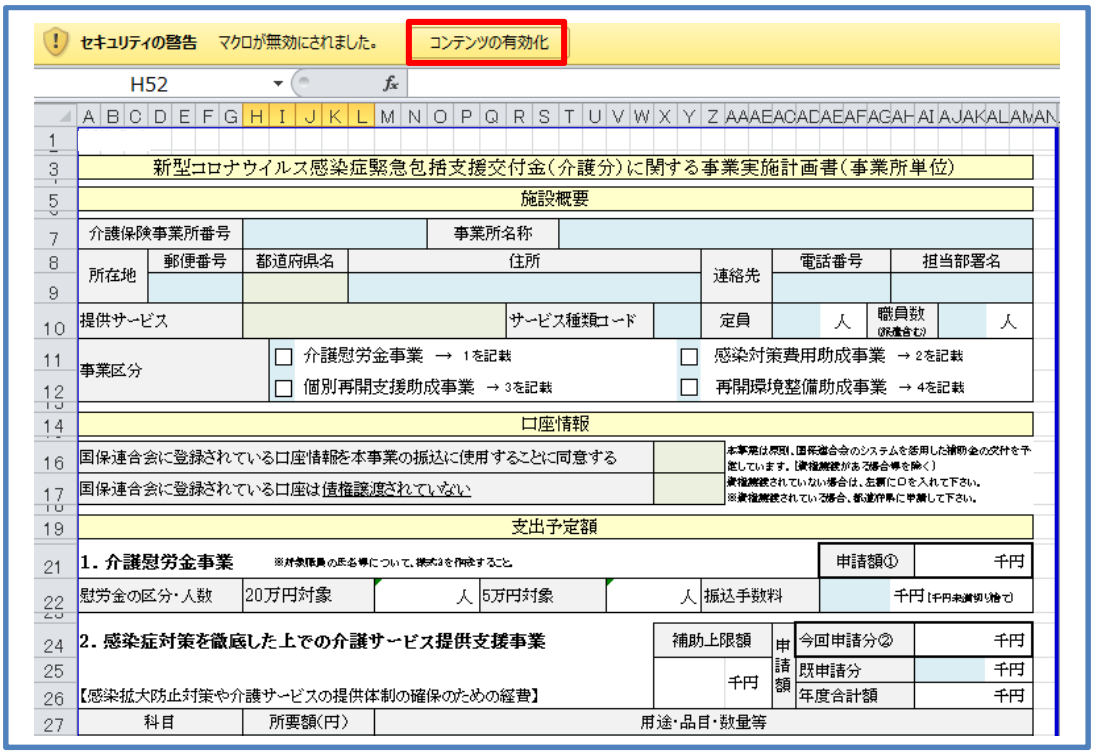
手順１：エクセルファイルを各事業所へ送付

手順２　個票の「施設概要」及び「口座情報」を記載してください。

・水色セル：必要情報を入力

・緑色セル：プルダウンから選択

・エクセルファイルを開くと「コンテンツの有効化」について表示されるのでクリック
※場合によっては「コンテンツの有効化」の表示がでない場合もありますがそのまま申請作業を続けてください



「施設概要」の記載方法

（様式2）

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）

施設概要

①介護保険事業所番号	3012345678		②事業所名称	●●デイサービス						
③所在地	郵便番号	都道府県名	住所		④連絡先	電話番号		担当部署名		
	640-8585	和歌山県	和歌山市小松原通1-1			073-441-XXXX		●●課		
⑤提供サービス	通所介護事業所（通常規模型）		サービス種類コード	15	定員	20	人	職員数（派遣含む）	20	人
⑥事業区分	☐ 介護慰労金事業 → 1を記載				☐ 感染対策費用助成事業 → 2を記載					
	☐ 個別再開支援助成事業 → 3を記載				☐ 再開環境整備助成事業 → 4を記載					

①介護事業所番号

・介護事業所番号「１０桁」（半角）を入力してください。

・番号については必ず正確に誤りのないよう入力してください。

・介護事業所番号がない事業所・施設等※については法人が１から順に事業所に対して番号を割り当ててください してください。

（例）介護事業所番号がない事業所・施設等
１つの法人に３つの事業所（A 事業所、B 事業所、C 事業所）がある場合
A 事業所の事業所番号を「１」、B 事業所の事業所番号を「２」、C 事業所の事業所番号を「３」という流れで適宜「１」から順に事業所の数だけ番号を割り当ててください。

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない養護老人ホーム、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等

②事業所名称

・事業所名称を入力してください。（法人名は省いてください。）

③所在地

・都道府県を選択してください。

・郵便番号を入力してください。　※記載例のように間にハイフン「―」を入力してください。

・住所を市町村名から入力してください。

④連絡先（後日県から連絡する場合の連絡先となる情報を入力してください。）

・電話番号を入力してください。
　※市外局番から入力し、記載例のように間にハイフン「―」を入力してください。

・担当部署名を入力してください。

⑤提供サービス

・クリックすると選択肢が表示されるため、該当する提供サービスを選択してください。
・選択したサービスのサービス種類コードを入力してください。（P１０コード表参照）
・事業所の定員を入力してください。（訪問系サービスは記入不要です。）
・事業所の職員数を入力してください。（派遣職員も含みます。）

⑥事業区分

・今回申請する事業区分を選択してください。
・前述のとおり、慰労金支給事業と感染症対策支援事業等は別々に申請する必要があるため慰労金支給事業申請の場合は「１介護慰労金」のみを選択、感染症対策支援等事業を申請する場合は「２～４」のうち申請する項目をチェック願います。

本県が定める申請方法では原則

介護慰労金事業と他の事業の双方にチェックするパターンはありません。

１介護慰労金事業：介護サービス事業所・施設等に勤務する職員に対する慰労金の支給事業
２感染対策費用助成事業：感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業
３個別再開支援助成事業：在宅サービス事業所による利用者への再開支援の助成事業
４再開環境整備助成事業：在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

「口座情報」の記載方法

口座情報		
国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	○	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。（債権譲渡がある場合等を除く）
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	○	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

・介護報酬を請求可能な事業所・施設等で国保連登録口座が債権譲渡を行っていないもので口座情報を本事業の振込に使用することに同意する場合は両方に○（クリックすると「○」の選択肢がでてきます）をつけてください。
・介護報酬を請求可能な事業所・施設等で国保連登録口座が債権譲渡されている場合及び特定施設入居者生活介護の指定を受けていない養護老人ホーム、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等の場合は入力不要です。

慰労金支給事業の申請の際に行う手順

手順３：個票の慰労金支給事業関係箇所について入力　各事業所

手順４：各事業所ごとに職員表を作成　各事業所

手順５：各事業所が作成した職員表を法人単位で集約　法人

法人

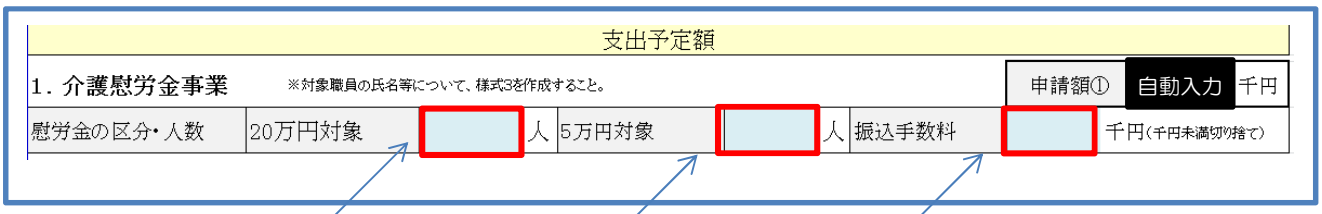
法人単位で行うもの

各事業所

各事業所単位で行うもの

手順３：個票の慰労金支給事業申請に必要な箇所（下記）について入力
・支出予定額（１．介護慰労金事業）

支出予定額（１．介護慰労金事業）の記載



支出予定額								
１．介護慰労金事業	※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。						申請額①	自動入力 千円
慰労金の区分・人数	20万円対象		人	5万円対象		人	振込手数料	千円(千円未満切り捨て)

・赤枠部分（２０万円対象者の人数、５万円対象者の人数、振込手数料の額）について記載してください。
・振込手数料の額は千円単位で記載し、千円未満の端数がある場合は切り捨てになります。
（例）１５００円→１千円　９００円→０千円　となります。
・申請額①については自動入力のため入力しないでください。

【特に注意いただくこと】

● 対象の職員数を入力する際は手順４（P7～P１４）で作成した「職員表」で記載した人数と必ず合致するよう入念に確認願います。

● 振込手数料の申請額を記入する際には金額の精査をお願いします。申請額が実績額を超過する場合、県への返還手続きが必要となります。

手順４：各事業所ごとに職員表を作成

※法人職員（事務員等）で支給対象に該当する場合はいずれかの事業所の職員表に該当職員分の情報を入力してください。

職員表記載方法

１　氏名（漢字）

・対象となる職員の氏名を入力してください。

・姓と名前の間はスペースを空けずに入力してください。

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設
1	和歌山太郎							
2								
3								
4								

２　氏名（全角カナ）

・全角カタカナで対象となる職員の氏名を入力してください。

・姓と名前の間はスペースを空けずに入力してください。

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先		
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ					
2							
3							

３　生年月日

・対象者の生年月日を西暦（必ず西暦で入力してください）で入力してください。

・入力の際は年、月、日ごとにスラッシュ（／）を入れて入力してください。

※スラッシュをいれない場合、エラーとして取り扱われます。

「2000 年 11 月 11 日」と入力したい場合

所定のセルに 2000/11/11 と入力

→Enter キーをおすと自動的に 2000 年 11 月 11 日と変換されます。

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤		
					事業所番号	サービス種類コード	事
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000/11/11				
2							
3							
4							
5							
6							

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先		
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日				
2							
3							
4							
5							

4　本人の住所

- 対象者本人の住所を入力してください。
- 都道府県名から入力をお願いします。

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先		
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山県和歌山市小松原通1丁目1番地			
2							
3							
4							
5							
6							

５　主たる勤務先（事業所番号）

・事業所番号（１０ケタ）を入力してください。

・和歌山県内の事業所については頭文字が３０から始まる番号になります。

・**事業所コードをお持ちでない事業所・施設等の場合※**については**法人から指定された番号（P３詳細記載）を入力**してください。

※特定施設入居者生活の指定を受けていない養護老人ホーム、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等

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	3012345678			
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

６　主たる勤務先（サービス種別コード）

・サービス種別コードを入力してください。

・コードについては**P１０「サービス種別コード表」を参照**してください。

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	3012345678	15		
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

平成30年4月サービス～平成33年3月サービス					
介護給付		予防給付		介護予防・日常生活支援総合事業	
11	訪問介護	61	介護予防訪問介護	A1	訪問型サービス(みなし)
				A2	訪問型サービス(独自)
				A3	訪問型サービス(独自／定率)
				A4	訪問型サービス(独自／定額)
12	訪問入浴介護	62	介護予防訪問入浴介護		
13	訪問看護	63	介護予防訪問看護		
14	訪問リハビリテーション	64	介護予防訪問リハビリテーション		
15	通所介護	65	介護予防通所介護	A5	通所型サービス(みなし)
				A6	通所型サービス(独自)
				A7	通所型サービス(独自／定率)
				A8	通所型サービス(独自／定額)
16	通所リハビリテーション	66	介護予防通所リハビリテーション		
17	福祉用具貸与	67	介護予防福祉用具貸与		
21	短期入所生活介護	24	介護予防短期入所生活介護		
22	短期入所療養介護(介護老人保健施設)	25	介護予防短期入所療養介護(介護老人保健施設)		
23	短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)	26	介護予防短期入所療養介護(介護療養型医療施設等)		
2A	短期入所療養介護(介護医療院)	2B	介護予防短期入所療養介護(介護医療院)		
31	居宅療養管理指導	34	介護予防居宅療養管理指導		
71	夜間対応型訪問介護				
72	認知症対応型通所介護	74	介護予防認知症対応型通所介護		
73	小規模多機能型居宅介護	75	介護予防小規模多機能型居宅介護		
68	小規模多機能型居宅介護(短期利用型)	69	介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用型)		
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護				
77	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護)				
79	複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用型)				
33	特定施設入居者生活介護	35	介護予防特定施設入居者生活介護		
36	地域密着型特定施設入居者生活介護				
27	特定施設入居者生活介護(短期利用型)				
28	地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用型)				
32	認知症対応型共同生活介護	37	介護予防認知症対応型共同生活介護		
38	認知症対応型共同生活介護(短期利用型)	39	介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用型)		
41	特定福祉用具販売	44	特定介護予防福祉用具販売		
42	住宅改修	45	介護予防住宅改修		
51	介護福祉施設サービス				
52	介護保健施設サービス				
53	介護療養施設サービス				
54	地域密着型介護福祉施設入所者生活介護				
55	介護医療院サービス				
59	特定入所者介護サービス等	59	特定入所者介護サービス等		
81	市町村特別給付	81	市町村特別給付		
78	地域密着型通所介護				
				A9	その他の生活支援サービス(配食／定率)
				AA	その他の生活支援サービス(配食／定額)
				AB	その他の生活支援サービス(見守り／定率)
				AC	その他の生活支援サービス(見守り／定額)
				AD	その他の生活支援サービス(その他／定率)
				AE	その他の生活支援サービス(その他／定額)
43	居宅介護支援	46	介護予防支援	AF	介護予防ケアマネジメント

7　主たる勤務先（事業所・施設の名称）

・事業所・施設等の名称を入力してください。（法人名は不要です。）

介護慰労金受給職員表(法人単位)

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	3012345678	15	●●デイサービス	
2								
3								
4								

8　施設区分

・施設区分「陽性者（濃厚接触者）発生施設」か「その他の施設」を選択してください。

・セルを選択するとプルダウンで選択肢が自動的に表示されますので、２つの選択肢のうち該当する１つを選んでください。

※今回記載例では「その他の施設」で仮入力します。

介護慰労金受給職員表(法人単位)

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	3012345678	15	●●デイサービス	
2								陽性者(濃厚接触者)発生
3								その他の施設
4								

介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先				
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分	
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	3012345678	15	●●デイサービス	その他の施設	
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

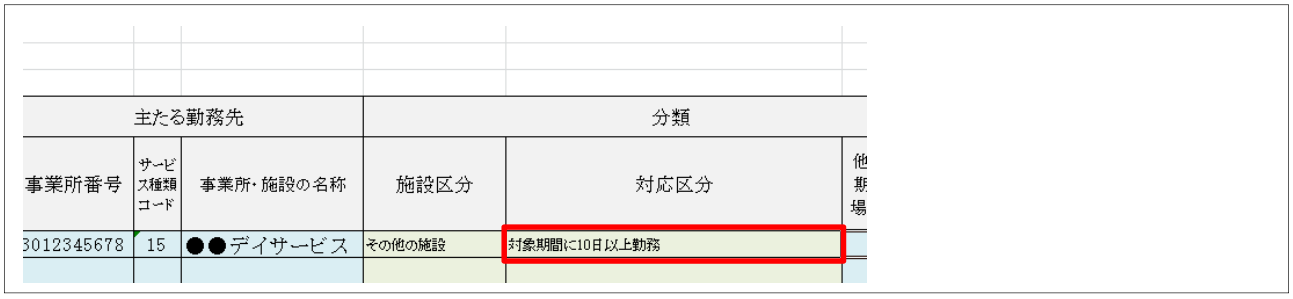
９　対応区分

・対応区分**「対象期間に１０日以上勤務」**か**「対象期間の勤務が９日以下」**を選択してください。

【対象期間】
令和２年２月１３日から令和２年６月３０日

・セルを選択するとプルダウンで選択肢が自動的に表示されますので、２つの選択肢のうち該当する１つを選んでください。

※今回記載例では「対象期間に１０日以上勤務」で仮入力します。



１０　他の施設等との期間通算がある場合その施設名

・他の施設等との期間通算がある場合その施設名欄を入力してください。

務先	分類		
業所・施設の名称	施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名
●デイサービス	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	

１１　確認事項（委任状の有無）

・委任状の「なし・あり」を選択してください。

・対象者本人から委任状を徴集し、「あり」と入力してください。

・セルを選択するとプルダウンで選択肢が自動的に表示されますので、２つの選択肢のうち該当する１つを選んでください。

類			慰労金（万円）	確認事項				支払実績	
	（計算用）	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日（西暦）	支払金額（円）
			5				可		
				なし あり					

分類			慰労金（万円）	確認事項			
対応区分	（計算用）	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用
対象期間に10日以上勤務			5	あり			可

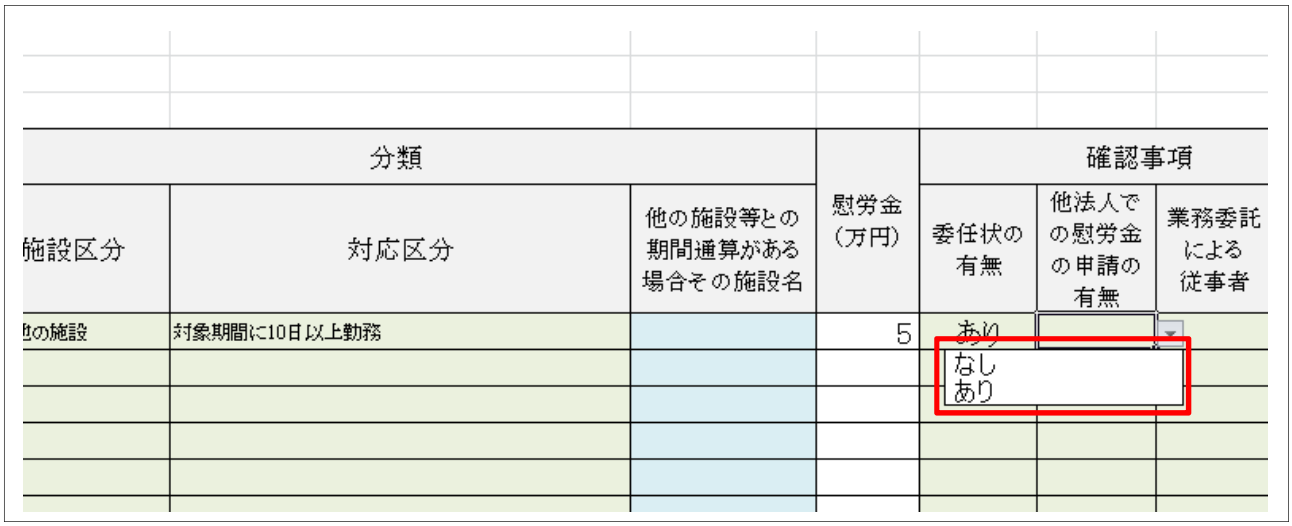
１２　確認事項（他法人での慰労金の申請の有無）

・他の法人での慰労金の申請がないことを確認のうえ、「なし」と入力してください。

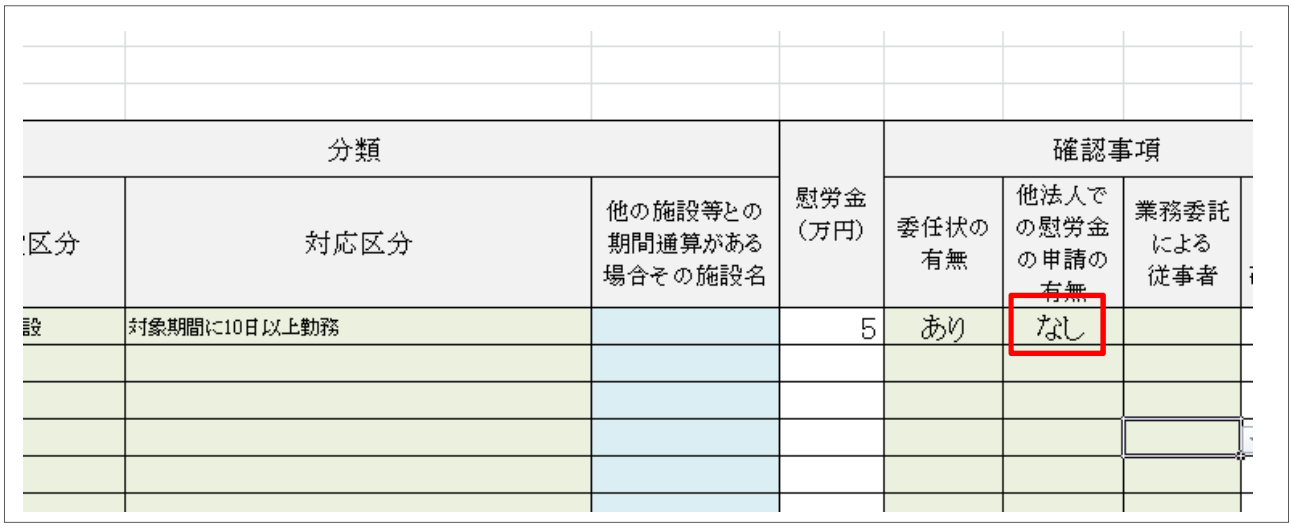
・対象者１人につき申請できる回数は１回限りとなります。

※**同一人物に対し重複した申請**が行われている等が判明した場合は**慰労金の支給が大幅に遅れる場合があります。**

※申請は一人につき**５万円×１回**又は**２０万円×１回**のどちらか１度限りです。



分類			慰労金（万円）	確認事項		
施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者
他の施設	対象期間に10日以上勤務		5	あり		
				なし あり		



分類			慰労金（万円）	確認事項		
区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者
設	対象期間に10日以上勤務		5	あり	なし	

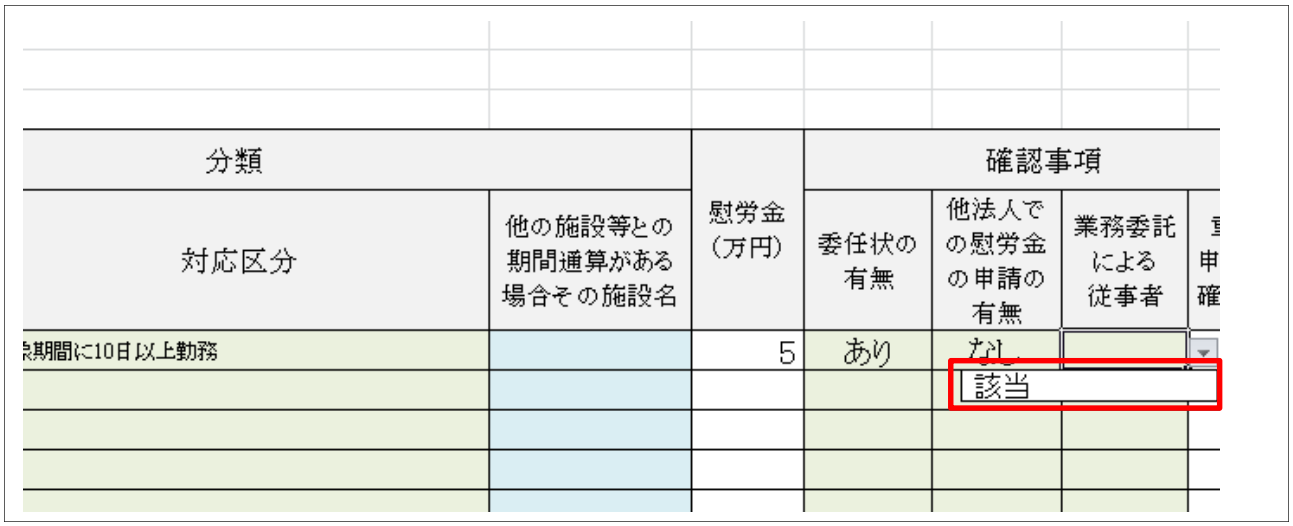
１３　確認事項（業務委託による従事者）

・対象者が業務委託による従事者であるかを確認してください。

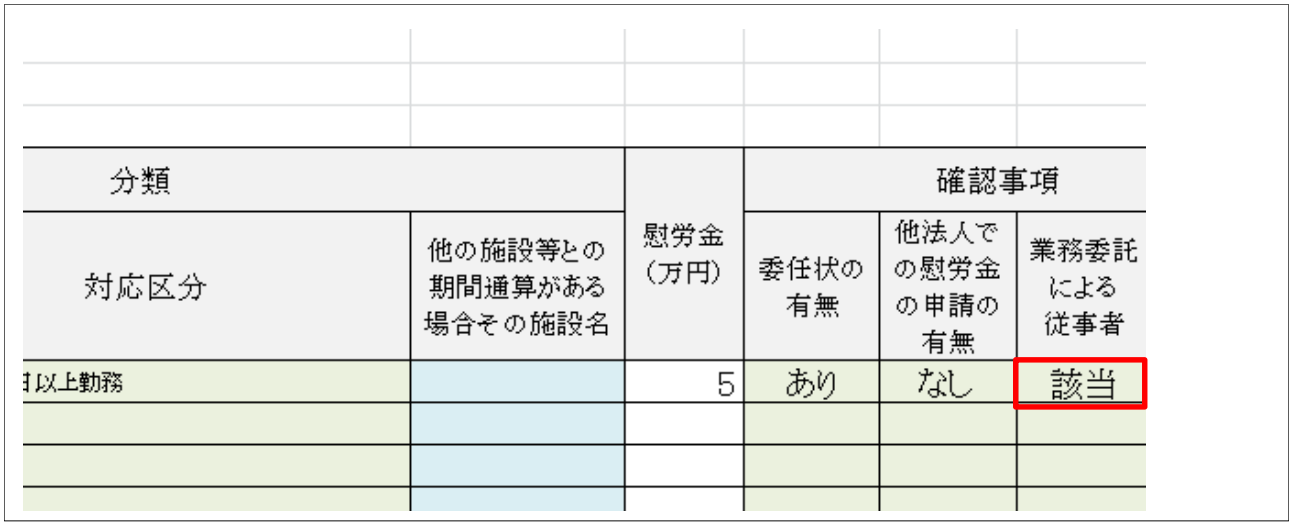
・対象者が自事業所・施設で雇用等を行っている者ではなく、派遣業者からの派遣職員や事業所・施設等に出入を行う委託業者の従業員の場合は「該当」を選択してください。

※対象者の考え方については申請要領Ｐ２を参照してください。

※「該当」で仮入力します。



分類		慰労金（万円）	確認事項			
対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	申確
期間に10日以上勤務		5	あり	なし		
				該当		



分類		慰労金（万円）	確認事項		
対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者
日以上勤務		5	あり	なし	該当

１４　支払い実績（支払年月日）及び１５支払実績（支払金額）は申請を終えた後の作業になりますので申請時には必要ありません

１４　支払い実績（支払年月日）

・支払い実績（支払年月日）を西暦で入力してください。

・入力の際は年、月、日ごとにスラッシュ（／）を入れて入力してください。

（例）

「2020 年９月１日」と入力したい場合
所定のセルに 2020/9/1 と入力
→Enter キーをおすと自動的に 2020 年９月１日と変換されます。

※スラッシュをいれない場合、エラーとして取り扱われます。

分類			慰労金（万円）	確認事項				支払実績	
設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日（西暦）	支払金額（円）
施設	対象期間に10日以上勤務		5	あり	なし	該当	可	2020/9/1	

	分類			慰労金（万円）	確認事項				支払
所・施設の名称	施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日（西暦）
デイサービス	その他の施設	対象期間に10日以上勤務		5	あり	なし	該当	可	2020年9月1日

１５　支払実績（支払金額）

・支払実績（支払金額）欄を入力してください。

・円単位で入力してください。

分類			慰労金（万円）	確認事項				支払実績	
施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日（西暦）	支払金額（円）
その他の施設	対象期間に10日以上勤務		5	あり	なし	該当	可	2020年9月1日	50,000

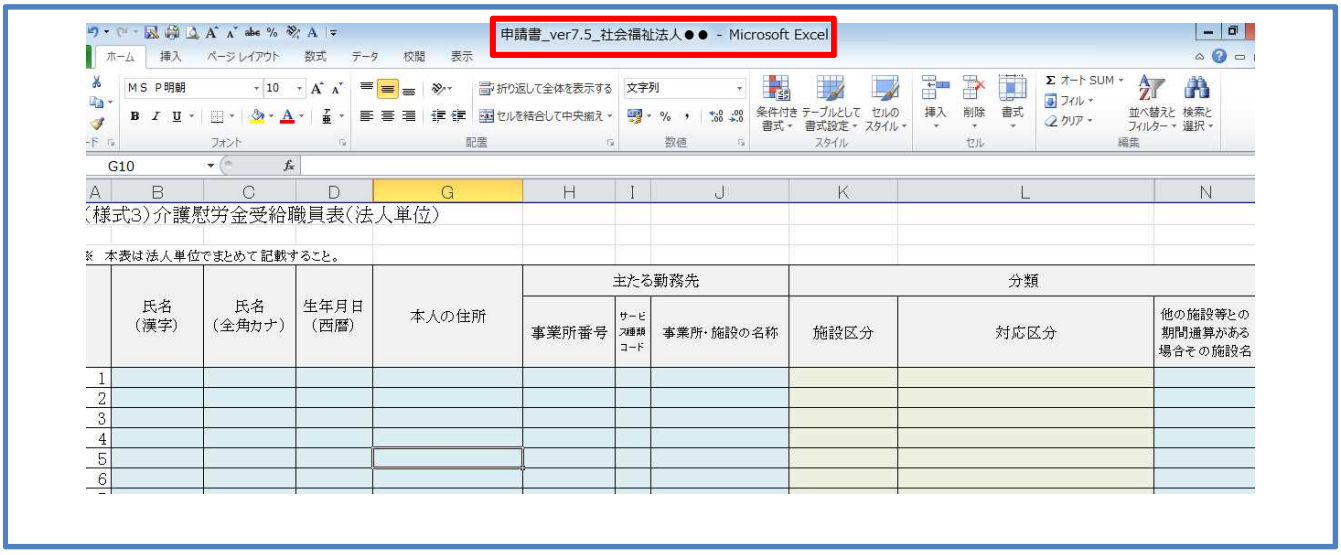
手順５

・各事業所の職員表を法人単位で集約

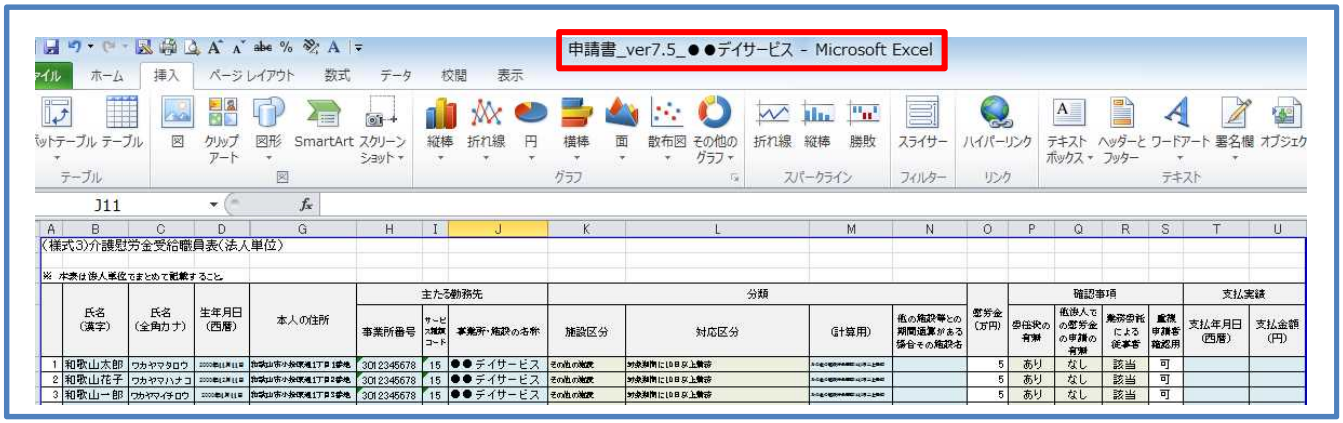
・複数の介護サービス事業所等から重複して申請している者がいないかを確認

※氏名（漢字、カナ）、生年月日が一致する者がいる場合、「重複申請者確認用」欄に「可」と表示されません。

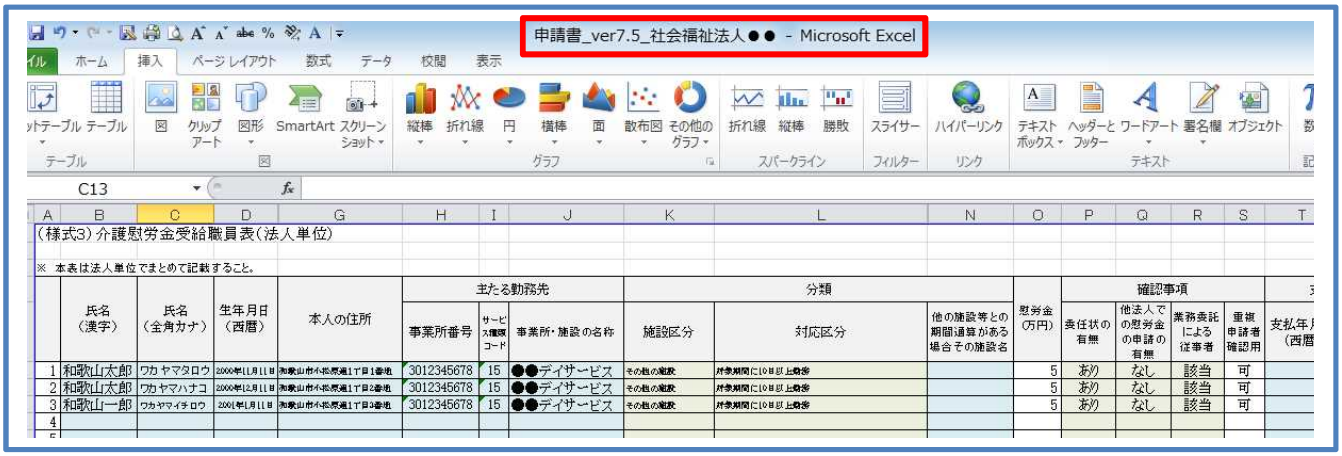
・各事業所の職員表ファイルから入力内容をコピーし法人のファイルに貼り付けます。



入力内容を全て選択し、コピー。（「Ctrl」key（キーボード左下）＋「C」key 又は右クリックでコピーを選択）



法人ファイルの職員表シートへ貼り付け。（「Ctrl」key（キーボード左下）＋「V」key 又は右クリックで貼り付けを選択）



・この作業を各事業所の分だけ繰り返し実施してください。

・この表をもとに慰労金の支給額を決定しますので、最終的にファイルが完成した後は、複数人でのダブルチェック等必ず入念な確認をお願いします。

重複している場合は下記のように「重複申請者」確認の項目に「可」が表示されません。

※１と３が重複している（「氏名（漢字）」、「氏名（全角カナ）」、「生年月日（西暦）」が全て一致）

（様式3）介護慰労金受給職員表（法人単位）

※ 本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	慰労金（万円）	確認事項			
						委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用
1	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目1番地	5	あり	なし	該当	
2	和歌山花子	ワカヤマハナコ	2000年12月11日	和歌山市小松原通1丁目2番地	5	あり	なし	該当	可
3	和歌山太郎	ワカヤマタロウ	2000年11月11日	和歌山市小松原通1丁目3番地	5	あり	なし	該当	
4									
5									

感染症対策支援等事業申請の際に行う手順

手順６：個票の感染症対策支援等事業（慰労金以外の事業）の申請に必要な箇所について入力 各事業所

各事業所

各事業所単位で行うもの

手順６：個票の感染症対策支援等事業（慰労金支給以外の事業）の申請に必要な箇所（下記）について入力

- 支出予定額（2．感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業）
- 支出予定額（3．在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業）
- 支出予定額（4．在宅サービス事業所における環境整備への助成事業）

支出予定額（2．感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業）記載方法

2．感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

補助上限額	申請額		
892 千円		今回申請分②	892 千円
		既申請分	千円
		年度合計額	892 千円

科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費	450,000	消毒液（1000ml）×50本=●●円、マスク（50枚入り）×100箱=●●円、体温計（非接触）×10本=●●円
役務費		
委託料	200,000	施設内消毒作業●●円
使用料及び賃借料		
備品購入費	350,000	空気清浄機×10台＝●●円、アクリルパーティション×10基=●●円
合計	1,000,000	

- 各科目ごとの所要額（円単位）及び用途・品目・数量等を記載してください。
- 科目については下記の表を参考にしてください。
- 「補助上限額」は自動で算出されます。
- 「今回申請分」補助上限額と所要額を比較し低い方の額（千円未満切り捨て）が自動入力されます。
- 「既申請分」に当該事業所が今年度中に、既に当該事業の補助申請を行っている場合は、その額を記入して下さい。
- 補助上限額は、当該事業所が今年度を通じて補助を受けられる上限額のため、年度合計額（既申請額＋今回申請額の合計）が補助上限額を超過する場合は「補助上限額を超過しています」と表示されますので所要額を見直してください。

科目表（参考）

・下記の科目表を参考に入力してください。

科目名	例示	具体例
賃金・報酬	臨時職員、臨時清掃業者の賃金等	施設内臨時消毒業者
謝金	講演会、講習会等の講師謝礼金等	研修等の講師謝礼金
会議費	会議等の開催に要した費用	
旅費	出張等に要した費用	
需用費	消耗品費、燃料費、食糧費、印刷製本費、光熱水費、修繕料、医薬材料費	除菌ハンドソープ　ペーパータオル　消毒剤　消毒剤ディスペンサー　マスク　フェイスシールド　アイガード　手袋　ガウン　非接触体温計　　間仕切り改築（小規模）
役務費	通信運搬費、広告料、手数料等	制服クリーニング　エアコンクリーニング
委託料	委託業務費	施設内臨時消毒業（消毒剤等経費を含む）
使用料及び賃借料	家賃、機械器具等の賃借料（リース料）	高額医療機器リース料　防護具備蓄倉庫賃借
備品購入費	施設内器具（机、椅子等）、機械器具　等	施設内備品（待合室　机　椅子　アクリルパーテーション　エアーカーテン　空気清浄機　パソコン等）

支出予定額（３．在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業）記載方法

3．在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業

申請額③	10.5	千円

利用者1人あたり単価（居宅介護支援以外共通）	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	3 人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	2 人
居宅介護支援のみ右欄に記載	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	人
	電話による確認（看護師等が協力した場合）	4,500	円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	人
	訪問による確認（看護師等が協力した場合）	6,000	円	対象利用者数	人

・過去１か月以上、サービスを利用していない利用者に対して、電話・訪問による確認を行った場合の、当該利用者の人数（実人数）を入力してください。

支出予定額（４．在宅サービス事業所における環境整備への助成事業）記載方法

4．在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額	今回申請分④	千円
200 千円		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

（注）2．及び4．の事業の申請額（今回申請分）は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

・各科目ごとの所要額（円単位）及び用途・品目・数量等を記載してください。
・科目についてはＰ２０表を参考にしてください。
・「補助上限額」は自動で算出されます。
・「今回申請分」補助上限額と所要額を比較して低い方の額（千円未満切り捨て）が自動入力されます。
・「既申請分」に当該事業所が今年度中に、既に当該事業の補助申請を行っている場合は、その額を記入して下さい。

補助上限額は、当該事業所が今年度を通じて補助を受けられる上限額のため、年度合計額が補助上限額を超過する場合は上欄に「補助上限額を超過しています」と表示されますので所要額を見直してください。

慰労金支給事業と感染症対策支援事業等申請の際の共通の手順（その２） 法人

手順７：各事業所が作成した個票シートを１つ（法人）のエクセルファイルに集約し、個票のシート名を指定の方法で変更

手順８　個票の内容が、サービス別一覧表に正しく反映されているか確認

手順９　事業所・施設別申請額一覧の「リスト作成」ボタンを押す。

手順１０　交付申請書（別記第１号様式）に、必要事項を入力

手順１１　エクセルファイルの名前を代表となる事業所の事業所番号に変更

法人

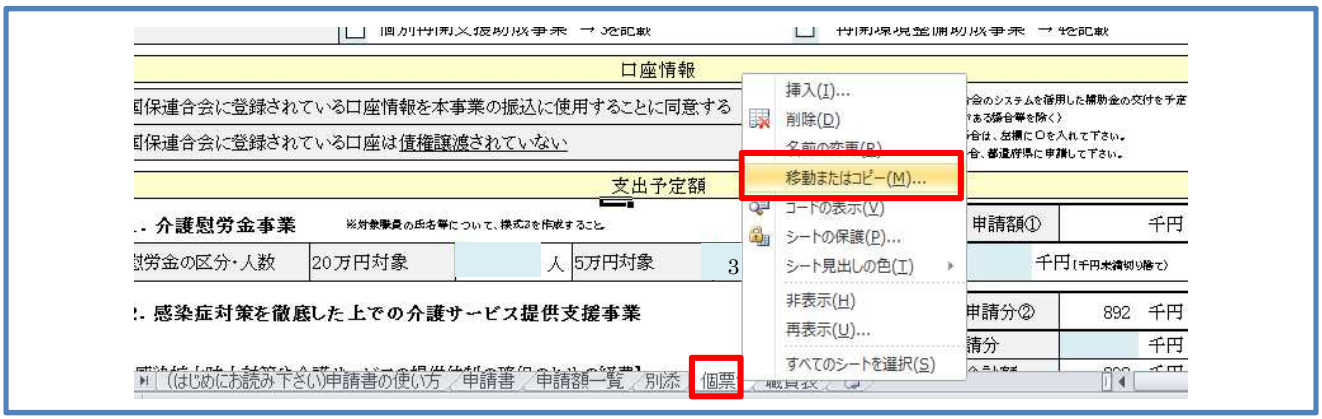
法人単位で行うもの

手順７　各事業所の個票のシートを１つの Excel ファイルに集約し、個票シート名を「個票●」（●は１からの通し番号）に修正

・まず、個票をまとめる法人のエクセルファイル（今回はファイル名を社会福祉法人●●として法人用ファイルとします）を開いてください。

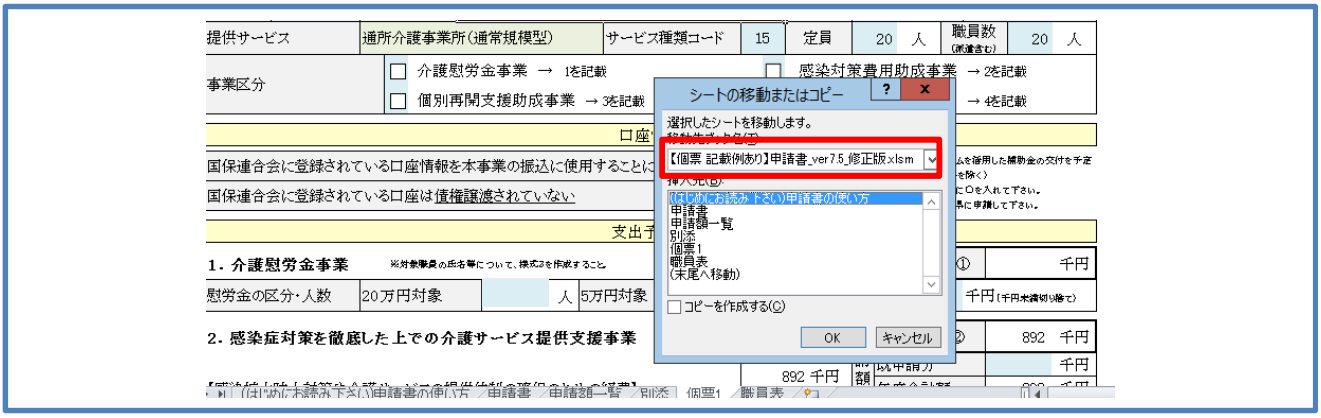
・次に各事業所が作成したエクセルファイルの個票シートを開いてください。

・各事業所の個票ファイルの個票のシートを右クリックし、移動またはコピーを選択。

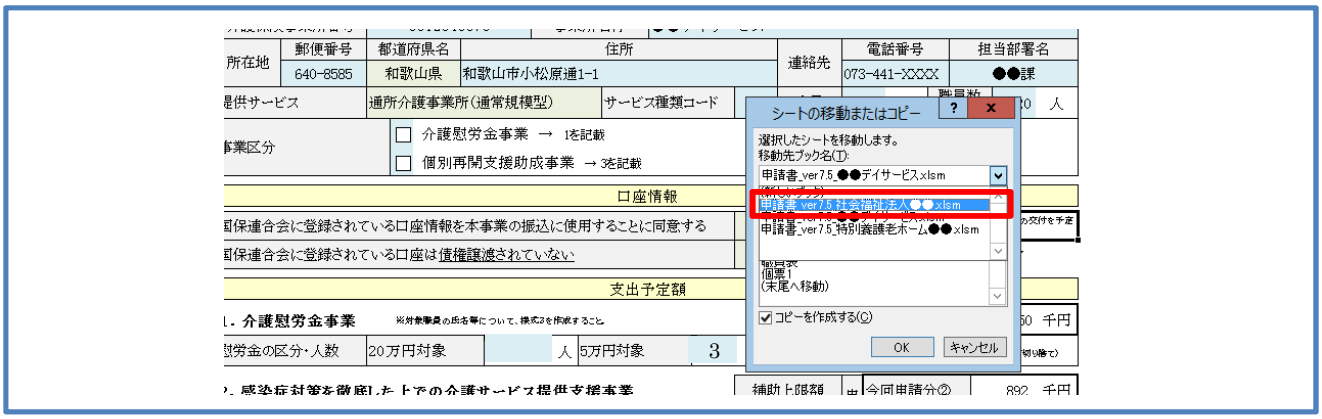


・移動又はコピーを選択すると下記の画面に映ります。

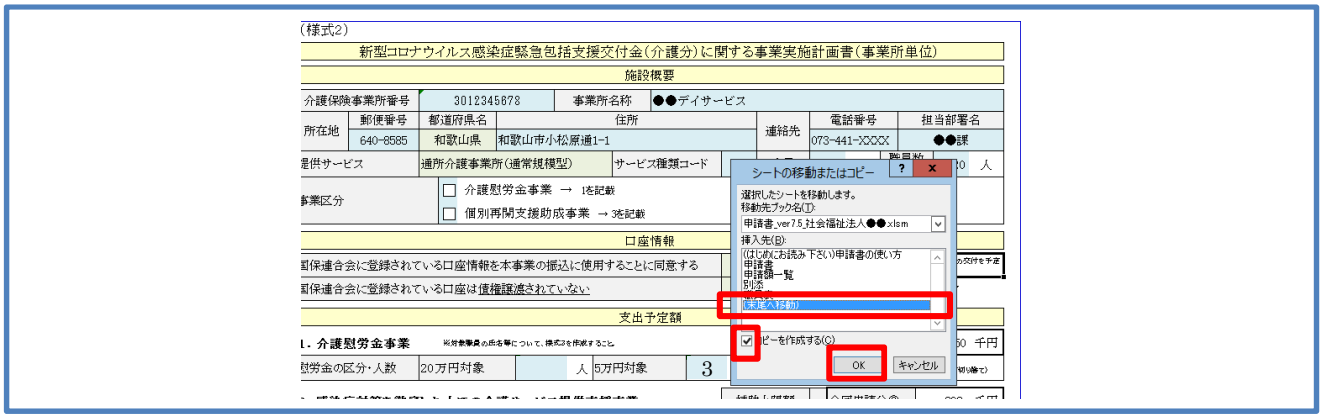
・一番上の段のプルダウンを選択。



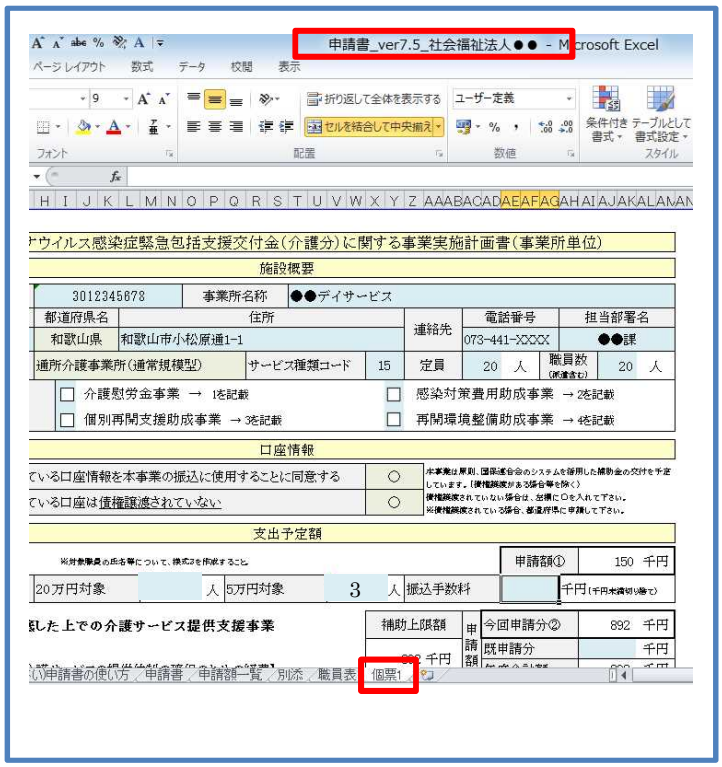
・とりまとめ用の法人ファイル（本記載例では「社会福祉法人●●」）を選択。

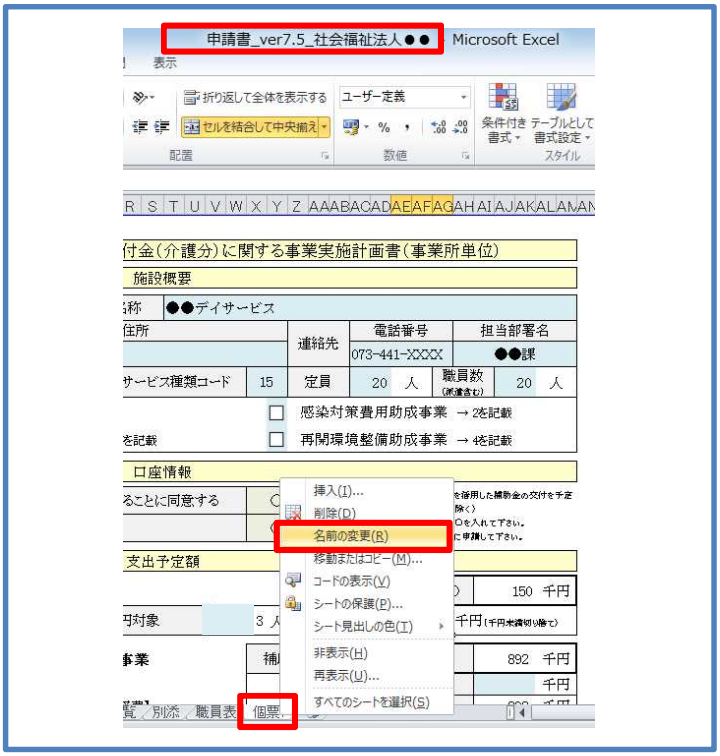


・「末尾へ移動」を選択。
・コピーを作成するにチェック。
・「OK」をおしてください。



・各事業所ファイルから法人のファイルに画面が切り替わり各事業所の個票が法人ファイルのシートに追加されています。
・個票のシートを右クリックし、「名前を変更」を選択してください。





・事業所数の数だけ手順３を繰り返し行っていただきます。
・最終的には法人のファイルには事業所の数だけ個票シートが存在するはずです。
（例）
　１つの法人で事業所が１０箇所ある場合は個票のシートが「個票１」から「個票１０」まで１０個できるはずです。

手順８　個票の内容が、別添（サービス別一覧）に正しく反映されていることを確認

・別添（サービス別一覧）には先ほど各事業所から法人ファイルへコピーした個票に入力されているデータが自動で入力されています。

・各個票を確認して、内容が誤りなく反映されているか確認してください。

※今回はマニュアルの簡略化のため、例外的に慰労金事業と感染症対策支援等事業の双方に内容が入ったものを活用します。

※今回県が定める申請方法では下記の黄色（慰労金該当部分）と緑（慰労金以外該当部分）の枠内部分双方に内容が入っているケースはありません。

（別添）事業所・施設別申請額一覧（サービス別一覧）

No.	介護保険事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる事業所・施設名	補助予定額（千円） 介護慰労金	20万円対象者の有無	感染対策費用助成事業	個別再開支援助成事業	再開環境整備助成事業	合計
1	3012345678	●●デイサービス	通所介護事業所（通常規模	073-441-XXXX	640-8585	和歌山県和歌山市小松原通1-1	（法人名）	150		892	10.5		1052.5
2													
3													

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）

施設概要

介護保険事業所番号	3012345678	事業所名称	●●デイサービス				
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名	
	640-8585	和歌山県	和歌山市小松原通1-1		073-441-XXXX	●●課	
提供サービス	通所介護事業所（通常規模型）	サービス種類コード	15	定員	20 人	職員数（兼務含む）	20 人
事業区分	□ 介護慰労金事業 → 1を記載			□ 感染対策費用助成事業 → 2を記載			
	□ 個別再開支援助成事業 → 3を記載			□ 再開環境整備助成事業 → 4を記載			

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意す	○	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。（債権譲渡がある場合等を除く）
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	○	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

支出予定額

1. 介護慰労金事業　※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。　申請額①　150 千円

慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	3 人	振込手数料　千円（千円未満切り捨て）

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業

補助上限額	申請額		
892 千円		今回申請分②	892 千円
		既申請分	千円
		年度合計額	892 千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費	450,000	消毒液（1000ml）×50本=●●円、マスク（50枚入り）×100箱=●●円、体温計（非接触）×10本=●●円
役務費		
委託料	200,000	施設内消毒作業●●円
使用料及び賃借料		
備品購入費	350,000	空気清浄機×10台=●●円、アクリルパーティション×10基=●●円
合計	1,000,000	

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業　申請額③　10.5 千円

利用者1人あたり単価（居宅介護支援以外共通）	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	3 人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	2 人
居宅介護支援のみ右欄に記載	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	人
	電話による確認（看護師等が協力した場合）	4,500	円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	人
	訪問による確認（看護師等が協力した場合）	6,000	円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額		
200 千円		今回申請分④	千円
		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

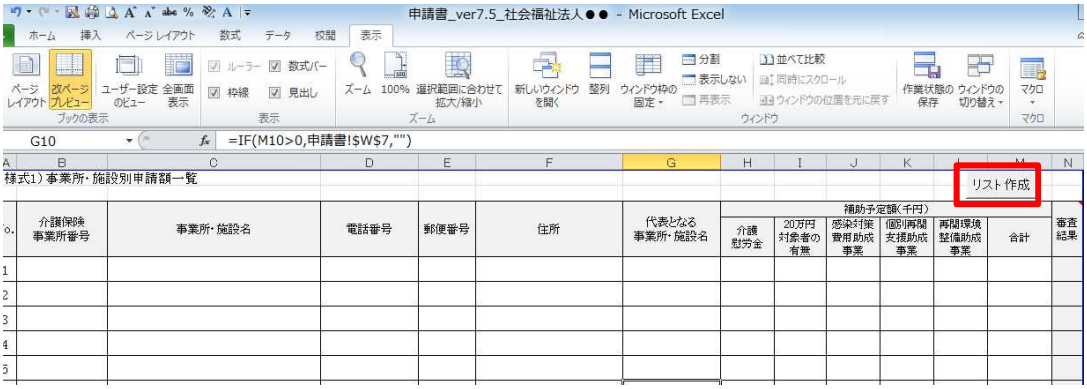
科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

（注）2. 及び4. の事業の申請額（今回申請分）は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

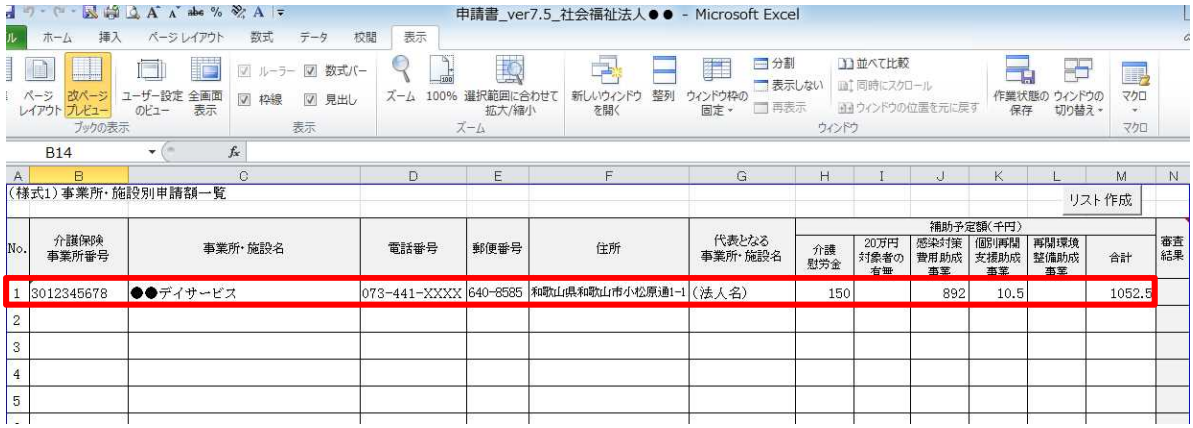
手順９　申請額一覧の「リスト作成」ボタンを押す。（事業所番号単位のリストが自動生成される）

※この機能は 100 事業所分まで対応しています。

・申請額一覧シートの右上「リスト作成」ボタンを押してください。



・各事業所ごとの事業別申請額が自動で反映されます



手順１０　交付申請書（別記第１号様式）に、申請者の所在地、法人名、役職・代表者名、申請日付を入力

- **申請額及び内訳について、誤りがないか確認**してください。
- 本申請額に対し県は交付決定等を行います。
- **いずれの値も各事業所の値を集計した法人全体の額になっていますので、確認の際は各事業所ごとの金額についても確認願います。**

・慰労金については、**慰労金の性質上原則概算払い**となっていますので、支払い報告書の提出が併せてある場合を除き**概算払い**とさせていただきます（支障がある場合はお申し出ください）

・また、**申請の際は赤枠内の該当箇所にチェック（✓）をお願いします。**

令和　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

（所在地）
（法人名／氏名）
（役職・代表者名）　　印

年度和歌山県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）に係る交付申請書

年度において、標記事業を実施したいので、和歌山県補助金等交付規則第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、この申請に当たり同規則第５条の２に規定する補助金の交付の除外要件に該当することが判明した場合又は同規則第１０条第２項の規定に違反した場合には、同規則第１７条の規定に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても何ら異議の申し立てを行いません。
また、申請する経費は、和歌山県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）補助金等交付要綱に定める対象経費であり、他の補助金の対象経費として申請していない旨誓約します。
申　請　額　：　　千円

（内訳）
1. 介護慰労金事業　　千円
2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業　　千円
3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業　　千円
4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業　　千円

（添付書類）
1　事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式及び別記第３号様式別添）
2　新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（別記第４号様式）
3　介護慰労金受給職員表（法人単位）（別記第５号様式）
4　その他知事が必要と認める書類（法人の場合、役員名簿を含む。）

（概算払が必要な理由）
※概算払を希望する場合のみ記載すること。
その他欄に記載する場合は、詳細に概算払が必要な理由を記載すること。

以下の理由により、交付決定後速やかに補助金の概算払が必要です。
☐ 事業の実施のための経費について、自己資金のみでは賄えないため。
☐ 事業の性質上早期に経費の支払いを行う必要があるが、短期間で本事業に係る経費を確保することが困難であるため。
☐ その他（　　）

【申請内容に関する連絡先】

部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

・各事業ごとに主に下記の点を確認してください。

【突合箇所】

1. 介護慰労金事業
   - 各事業所が作成した職員表に記載された内容（金額等）と合致しているか
   - 重複者はいないか
2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業
   - 各事業所の個票に記載された申請額の合計値となっているか
3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業
   - 各事業所の個票に記載された申請額の合計値となっているか
4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業
   - 各事業所の個票に記載された申請額の合計値となっているか

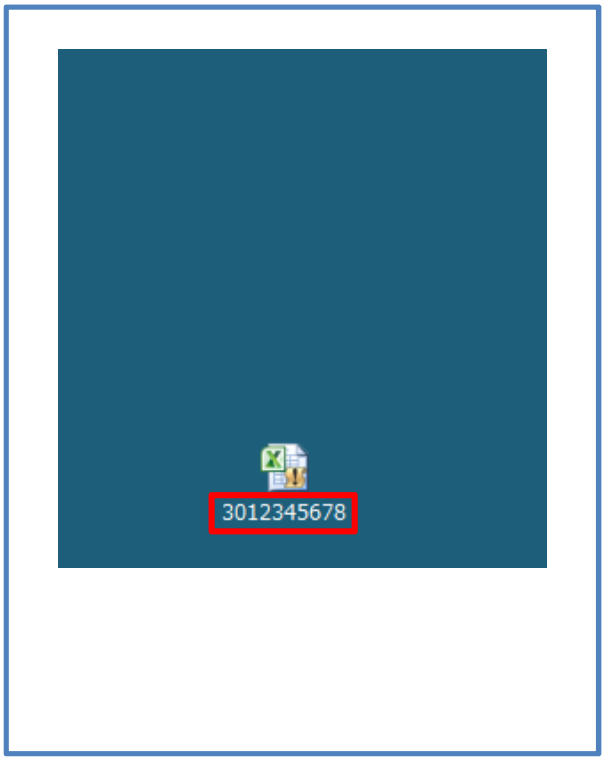
手順１１　Excel ファイル名を代表となる事業所の事業所番号に変更

光ディスク等に Excel ファイルを保存して提出する場合は、光ディスク等の盤面に所要の事項（※）を記載したラベルを貼付又はフェルトペン等で記入

※盤面に記載する事項

- 新型コロナ支援交付金(介護分)申請書
- 代表となる事業所番号及び事業所名
- 申請年月日（申請書に記載した日付）
- 媒体枚数（　枚中　枚目）

- ファイルを選択し、右クリック。
- 名前の変更をクリック。
- 代表となる事業所番号に名前を変更（代表の事業所は申請者（法人）で決めてください。）
- 今回は例として「個票１」の事業所番号「３０１２３４５６７８」を入力します。



提出書類・提出先（朱書きが本マニュアルで作成したもの）

感染症対策支援事業等

送付先住所等は申請要領表紙に記載

種別	申請先	提出資料	提出方法
介護報酬を請求可能な事業所・施設等（国保連登録口座が債権譲渡を行っていないもの） **①及び②両方に提出**	① 和歌山県 国民健康保険 団体連合会 （国保連）	a 交付申請書（別記第１号様式） b 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式） c 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式別添） d 事業実施計画書（別記第４号様式） ※介護慰労金受給職員表のシートは削除せず未記入のまま送付してください。	原則電子請求受付システムによるインターネット申請
	② 和歌山県 長寿社会課	a 交付申請書（別記第１号様式）※押印あり b 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式） c 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式別添） d 事業実施計画書（別記第４号様式） e 役員名簿 f 収支決算書 g 経費の精算根拠が確認できる書類（各経費の領収書、振込明細書等（日付、申請者名、使途、金額がすべて明記されたもの。）写し可） h 写真（事業の実施が確認できるもの） i 利用休止していた利用者情報一覧（１の（２）の事業に限る。）	和歌山県へ書面で郵送
介護報酬を請求可能な事業所・施設等（債権譲渡を行っているもの）	① 和歌山県 長寿社会課	上記②の a~i に加えて下記についても併せて提出願います j 債権者情報登録票 k 振り込み先の通帳コピー（口座番号が書かれた部分） ※j 及び k については慰労金支給事業申請時に既に提出している場合は不要	
養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の場合（特定施設の指定を受けていないもの）			

h 写真について

消耗品等で写真を提出できない場合、以下のような理由を付した書面を提出してください（様式自由）

「●●の写真については、全て使い切った結果、写真添付不可」

慰労金支給事業

送付先住所等は申請要領表紙に記載

種別	申請先	提出資料	提出方法
介護報酬を請求可能な事業所・施設等（国保連登録口座が債権譲渡を行っていないもの） **①及び②両方に提出**	① 和歌山県 国民健康保険団体連合会 （国保連）	a 交付申請書（別記第１号様式） b 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式） c 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式別添） d 事業実施計画書（別記第４号様式） e 介護慰労金受給職員表（別記第５号様式）	原則電子請求受付システムによるインターネット申請
	② 和歌山県 長寿社会課	a 交付申請書（別記第１号様式）※押印あり b 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式） c 事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式別添） d 事業実施計画書（別記第４号様式） e 介護慰労金受給職員表（別記第５号様式） f 役員名簿 g 収支予算書 h『介護慰労金受給職員表』に係る証明書 i 慰労金（２０万円）に係る申告書※１ j 業務受託者との委託契約書の写し※２ ※１ iは２０万円の給付対象者がいる場合のみ必要 ※２ j は慰労金の対象に業務委託による従事者がいる場合のみ必要	和歌山県へ書面で郵送
介護報酬を請求可能な事業所・施設等（債権譲渡を行っているもの）	① 和歌山県 長寿社会課	上記 a~j に加えて下記についても併せて提出願います k 債権者情報登録票 l 振り込み先の通帳コピー（口座番号が書かれた部分） ※１ kは２０万円の給付対象者がいる場合のみ必要 ※２ l は慰労金の対象に業務委託による従事者がいる場合のみ必要	和歌山県へ書面で郵送 **但し a~e についてはデータ（メール・CD―R等）も併せて提出**
養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の場合（特定施設の指定を受けていないもの）			

各種様式（本マニュアル対象）について

なお、下記の様式については別途県のホームページにて内容を掲載します。

感染症対策支援等事業

e　収支決算書
h　利用休止していた利用者情報一覧（申請要領１の（２）の事業に限る。）
i　債権者情報登録票

慰労金支給事業

f　収支予算書
g　『介護慰労金受給職員表』に係る証明書
h　慰労金（２０万円）に係る申告書
j　債権者情報登録票
・　慰労金代理受領委任状

別記第１号様式　交付申請書

事業所で記載が必要な項目

令和　　年　　月　　日

和歌山県知事　様

（所在地）
（法人名／氏名）
（役職・代表者名）　　印

年度和歌山県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）に係る交付申請書

年度において、標記事業を実施したいので、和歌山県補助金等交付規則第４条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり同規則第５条の２に規定する補助金の交付の除外要件に該当することが判明した場合又は同規則第１０条第２項の規定に違反した場合には、同規則第１７条の規定に基づき、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消されても何ら異議の申し立てを行いません。

また、申請する経費は、和歌山県新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）補助金等交付要綱に定める対象経費であり、他の補助金の対象経費として申請していない旨誓約します。

中　請　額　：　　千円

（内訳）

1. 介護慰労金事業　　千円
2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業　　千円
3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業　　千円
4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業　　千円

（添付書類）

1　事業所・施設別申請額一覧（別記第３号様式及び別記第３号様式別添）
2　新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）に関する事業実施計画書（事業所単位）（別記第４号様式）
3　介護慰労金受給職員表（法人単位）（別記第５号様式）
4　その他知事が必要と認める書類（法人の場合、役員名簿を含む。）

（概算払が必要な理由）

※概算払を希望する場合のみ記載すること。
その他欄に記載する場合は、詳細に概算払が必要な理由を記載すること。

以下の理由により、交付決定後速やかに補助金の概算払が必要です。
☐ 事業の実施のための経費について、自己資金のみでは賄えないため。
☐ 事業の性質上早期に経費の支払いを行う必要があるが、短期間で本事業に係る経費を確保することが困難であるため。
☐ その他（　　）

慰労金については、性質上、原則概算払となっていますので**申請の際は、枠内の該当箇所にチェック（✓）をお願いします。**

○申請額と内訳は、個票の情報をもとに自動的に入力されます
○申請額が別添（事業所一覧）の合計額と一致しない場合、Excel 様式の欄外に確認を促す表示がされます。

【申請内容に関する連絡先】

部署名		
担当者氏名		
連絡先	電話番号	
	e-mail	

○申請日、申請者、申請内容に関する連絡先を入力します。
○押印は不要（書面提出分は必要です。）

別記第３号様式　事業所・施設別申請額一覧

事業所・施設別申請額一覧

リスト作成

No.	介護保険事業所番号	事業所・施設名	電話番号	郵便番号	住所	代表となる事業所・施設名	補助予定額（千円）						審査結果
							介護慰労金	20万円対象者の有無	感染対策費用助成事業	個別再開支援助成事業	再開環境整備助成事業	合計	
1	123456789												
2													
3													
4													
5													

別添　事業所・施設別申請額一覧（サービス別一覧）

（別添）事業所・施設別申請額一覧（サービス別一覧）

No.	介護保険事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	電話番号	郵便番号	住所	代表となる事業所・施設名	補助予定額（千円）					
								介護慰労金	20万円対象者の有無	感染対策費用助成事業	個別再開支援助成事業	再開環境整備助成事業	合計
1													
2													
3													
4													
5													

○国保連からの支払は様式１の情報をもとに事業所番号単位で行われます。
○個票の情報が別添に自動的に入力され、別添の情報を事業所番号単位で集計し、別記第３号様式に自動入力されます。
　別記第３号様式に表示される事業所・施設名から住所までの内容は、同一の事業所番号のうち個票番号の一番小さい事業所の情報です。
○個票の枚数と別添の事業所数が一致しない場合、Excel の欄外にエラー表示がされます。個票名などに誤りがないか確認して下さい。

○全ての個票作成等が終わったら、最後に、「リスト作成」を押してください。別添の情報を集計し別記第３号様式に表示されます。

○「審査結果」は都道府県が使用する項目なので、入力・変更しないでください。

別記第４号様式　事業実施計画書

注　個票シート名を変更を必ず行って下さい。
例）１事業所の申請→個票１
複数事業所の申請→１つの Excel ファイルに集約し、個票●
（●は１からの通し番号）に修正

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分

施設概要

介護保険事業所番号		事業所名称					
所在地	郵便番号	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名	
提供サービス		サービス種類コード		定員	人	職員数（派遣含む）	人
事業区分	□ 介護慰労金事業　→ 1を記載			□ 感染対策費用助成事業　→ 2を記載			
	□ 個別再開支援助成事業　→ 3を記載			□ 再開環境整備助成事業　→ 4を記載			

口座情報

国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意す		本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。（債権譲渡がある場合等を除く）
国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない		債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。

支出予定額

1. 介護慰労金事業

※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること。

						申請額①	千円
慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	人	振込手数料	千円（千円未満切り捨て）	

2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業

補助上限額	申請額		
千円		今回申請分②	千円
		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業

申請額③　千円

利用者1人あたり単価（居宅介護支援以外共通）	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	人
居宅介護支援のみ右欄に記載	電話による確認	1,500	円	対象利用者数	人
	電話による確認（看護師等が協力した場合）	4,500	円	対象利用者数	人
	訪問による確認	3,000	円	対象利用者数	人
	訪問による確認（看護師等が協力した場合）	6,000	円	対象利用者数	人

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業

補助上限額	申請額		
千円		今回申請分④	千円
		既申請分	千円
		年度合計額	千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額（円）	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借		
備品購入費		
合計		

（注）2. 及び4.

○エクセルの欄外右側にある注釈も確認しながら色付きセルに入力して下さい。（緑セル：プルダウン　水色セル：直接入力）
○債権譲渡あり事業所は、都道府県に直接申請してください。

○慰労金の人数は、別記第５号様式職員表の情報をもとに自動的に入力されます。
○補助上限額は、当該事業所における年度上限額です。複数回申請する場合は、年度合計額が補助上限額を超えないようにしてください。

別記第５号様式　介護慰労金受給職員表

）介護慰労金受給職員表（法人単位）

※　本表は法人単位でまとめて記載すること。

	氏名（漢字）	氏名（全角カナ）	生年月日（西暦）	本人の住所	主たる勤務先			分類			慰労金（万円）	確認事項				支払実績	
					事業所番号	サービス種類コード	事業所・施設の名称	施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名		委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日（西暦）	支払金額（円）
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	

〇エクセルの欄外右側にある注釈も確認しながら色付きセルに入力してください。（緑セル：プルダウン　水色セル：直接入力）
〇本表は、法人単位で取りまとめ、法人における全ての慰労金受給者の情報を一覧として下さい。（全国規模の法人の場合は、重複申請が無いことを確認の上で、申請先の都道府県分の受給者一覧でも可）
〇「主たる勤務先」が、当該職員に対する慰労金の支給先となります。
　事業所単位で申請する場合も同様です。（同一法人の事業所は、都道府県に提出する本表の内容は共通となります。）
〇慰労金の申請にあたっては、事業所は職員に対し、以下の確認等を行ってください。（「確認事項」各欄）
（１）委任状の取得
　・　慰労金は職員本人に支給するものであり、事業所等が申請するためには、代理受領委任状が必要です。
（２）他法人での慰労金の申請の有無
　・　代理受領委任状が提出されている場合には、「無」としてください。
（３）業務委託による従事者
　・　該当する従事者がいる場合には、「該当」を選択してください。
（４）重複申請者確認
　・　「氏名（漢字、カナ）」「生年月日」が一致する職員がいる場合には、「重複申請者確認用」欄に「可」と表示されません。
　・　重複申請者がいないことを確認し、別人物である場合には、「重複申請者確認用」欄に「可」を直接入力してください。
〇慰労金を職員に支給した場合には、支払実績を記入してください。（申請段階では空欄で構いません。実績報告では記載が必要です。）

〇「施設区分」と「対応区分」を選択すると、「慰労金」欄に当該職員に対する慰労金の額が表示されます。