

本申請書の使い方

【都道府県提出用】

令和3年度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（障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業）

手順	都道府県の作業	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業
1	本Excelを管内の事業者・事業所に配布		
2		申請書の提出先（国保連or都道府県）について確認 ≪都道府県が受付・支払い業務を国保連に委託する場合≫ 「国保連提出用」の申請様式を使用する ≪都道府県が提出先となる場合≫ 本Excelを使用する	
3		本Excelを各事業所に配布し、個票のシートを記入するように依頼	
4			個表シート（個票●）の着色セルを入力（黄色セル：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
5		各事業所から回収した個票の入力内容を確認 各事業所の申請先が同一都道府県知事となっているか確認。	
6		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 ※異なる都道府県事業所分は含めない ※「個票●」以外のシート名は絶対に編集しないでください	
7		シート名を修正した個票を一つのExcelファイルに集約	
8		（申請額一覧シート）に全事業所分が正しく反映されているか確認 （151事業所以上ある場合には153行目を行ごとコピーし、154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。※保護解除が必要なため、行数を追加する場合は都道府県へその旨連絡。）	
9		（個票●シート）及び（申請額一覧シート）の内容が様式1（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1の記入欄（黄色セル）を記載	
10		請求書シート及び委任状シートに記載	
11		Excelファイル名を代表となる法人名に変更	
12		全ての様式を出力し、総括表、請求書、委任状に押印	
13		完成したExcelファイルをCD-Rに保存し、出力した様式と同封の上、県の担当者に送付	
14	事業者から申請書を受領し、内容を審査		
15	県で必要な作業を行い、事業者に助成金を交付		

令和3年度障害福祉サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金に係る交付申請書

令和 年 月 日

宮崎県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				
	法人名称				
	法人の所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		E-mail	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	印
申請に関する担当者※	職名		氏名		

※代表者と異なる場合に入力

申請内容

		障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業	事業所・施設数	申請額
通所系	1	療養介護（定員40人以下）	0 か所	0 円
	2	療養介護（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	3	療養介護（定員61人以上）	0 か所	0 円
	4	生活介護	0 か所	0 円
	5	自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 円
	6	自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 円
	7	就労移行支援	0 か所	0 円
	8	就労継続支援A型	0 か所	0 円
	9	就労継続支援B型	0 か所	0 円
	10	就労定着支援	0 か所	0 円
	11	自立生活援助	0 か所	0 円
	12	児童発達支援	0 か所	0 円
	13	医療型児童発達支援	0 か所	0 円
	14	放課後等デイサービス	0 か所	0 円
小計			0 か所	0 円
短期入所	15	短期入所	0 か所	0 円
小計			0 か所	0 円
入所・居住系	16	施設入所支援（定員40人以下）	0 か所	0 円
	17	施設入所支援（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	18	施設入所支援（定員61人以上）	0 か所	0 円
	19	共同生活援助（介護サービス包括型）	0 か所	0 円
	20	共同生活援助（日中サービス支援型）	0 か所	0 円
	21	共同生活援助（外部サービス利用型）	0 か所	0 円
	22	福祉型障害児入所施設（定員40人以下）	0 か所	0 円
	23	福祉型障害児入所施設（定員41人～60人）	0 か所	0 円
	24	福祉型障害児入所施設（定員61人以上）	0 か所	0 円
25	医療型障害児入所施設（定員40人以下）	0 か所	0 円	
26	医療型障害児入所施設（定員41人～60人）	0 か所	0 円	
27	医療型障害児入所施設（定員61人以上）	0 か所	0 円	
小計			0 か所	0 円

障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業			事業所・施設数	申請額
訪問系	28	居宅介護	0 か所	0 円
	29	重度訪問介護	0 か所	0 円
	30	同行援護	0 か所	0 円
	31	行動援護	0 か所	0 円
	32	居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 円
	33	保育所等訪問支援	0 か所	0 円
小 計			0 か所	0 円
相談系	34	計画相談支援	0 か所	0 円
	35	地域移行支援	0 か所	0 円
	36	地域定着支援	0 か所	0 円
	37	障害児相談支援	0 か所	0 円
小 計			0 か所	0 円
合 計			0 か所	0 円

障害福祉サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金に関する事業実施実績書

事業所・施設の状況	フリガナ				事業所番号
	事業所・施設の名称				
	サービス種別			定員	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)		※定員は療養介護、施設入所支援、障害児入所施設のみ記載	
	連絡先	電話番号		E-mail	
	管理者の氏名				

<積算内訳>

品目(マスク等)	所要額(円)	基準単価	円	所要額	円
		数量等			
合計(①)	0				

誓約事項

	令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金及び令和3年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業における介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業の助成金交付を受けていない。
	この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金や寄付金等を受けていない。
	この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。
	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。

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、県に直接申請して下さい。

請 求 書

令和3年度障害福祉サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金

令和 年 月 日

宮崎県知事 河野 俊嗣 殿

(申請者)

住所 0

法人名 0

役職・代表者名 0 0 印

令和 年 月 日 付で申請した令和3年度障害福祉サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金について、下記金額を請求します。

記

請求額 金 _____ 0 円

(振込預金口座)

金融機関名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	

委任状

(受任者) 住所
氏名

私は、上記の者を代理人と定め、令和3年度障害福祉サービス事業所等感染防止対策支援事業費補助金の受領に関する権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住所 0
法人名 0
役職・代表者名 0

0

印