

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補助金
申請マニュアル

栃木県

目 次

I	総則	1
1	補助金の目的	1
2	対象となる介護サービス事業所・施設	1
3	対象となる経費	2
4	補助基準額	3
5	交付申請の方法	3
6	交付申請の受付期間	3
7	交付決定の通知等	4
8	証拠書類の保管	4
9	消費税等の取扱い	4
10	その他	4
II	交付申請書等作成要領	5
1	注意事項	5
2	申請書等の構成及び提出書類	5
3	交付申請書兼請求書（規則の別記様式第1、シート名「総括表」）の記載方法	5
4	事業所・施設別個票（様式2、シート名「個票〇」）の記載方法	6

I 総則

本書は、栃木県内に所在する介護サービス事業所・施設を対象にしたマニュアルです。

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補助金の制度や交付申請書等の作成方法等について記載していますので、申請に当たっては、本書を確認しながら作業を進めてください。

1 補助金の目的

本補助金は、新型コロナウイルス感染症に対応するため、令和3(2021)年9月末まで実施された介護サービス報酬(基本報酬)への0.1%上乗せの特例措置に代わり、介護サービス事業所・施設の感染防止対策の継続的な実施を支援するため、10月から12月までに購入した感染防止対策に資する衛生用品や一部備品の購入費用を助成するものです。

2 対象となる介護サービス事業所・施設

対象は、本県内に所在する令和3(2021)年12月1日までに指定を受けた介護サービス事業所・施設で、次のサービス種別が対象です。

なお、0.1%上乗せの特例措置の対象外であった福祉用具貸与(販売を含む。)並びに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は、本補助金の対象ではありません。

サービス類型	サービス種別(介護予防サービス含む。)
通所系	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を含む。)
	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※
	通所型サービス事業所
短期入所系	短期入所生活介護事業所
	短期入所療養介護事業所※
訪問系	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
	居宅療養管理指導事業所※
	訪問型サービス事業所
	介護予防ケアマネジメント事業所
多機能型	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
入所施設・居住系	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
	特定施設入居者生活介護事業所
地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	

※ 次の介護サービス事業所・施設であって、国が実施する令和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の交付を受ける場合は、本事業の対象となりますのでご注意ください。

- ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所
- ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所
- ・訪問看護事業所
- ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所
- ・居宅療養管理指導事業所
- ・介護療養型医療施設

本補助金と比較しても、国が実施している医療機関等への補助制度の方が補助対象範囲も広く、基準額も高額となっています。詳細は、ホームページで御確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_21485.html

医療機関等における感染拡大防止等の支援 (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)	
事業目的	国による直接執行
<ul style="list-style-type: none">○ 新型コロナの感染拡大が長期化し、変異株も出現する中で、医療機関等においては、感染リスクのある職員の処遇改善、個人防護具確保、消毒実施、患者動線分離など、院内等の感染拡大を防ぐための取組を行い、平常時には発生しないかかり増し費用が発生している。○ このような中、感染拡大防止のための補助を行う。	
事業内容	
(対象医療機関)	・ 感染防止措置を講じながら地域で求められる医療提供を継続している、保険医療機関（医科、歯科）、保険薬局、指定訪問看護事業者、助産所
(支援内容)	・ 感染拡大防止に要する費用の支援を行う。
(補助額)	・ 感染拡大防止等に必要経費として、以下の額を上限として実費を補助 病院 10万円 有床診療所（医科・歯科） 10万円 無床診療所（医科・歯科） 8万円 薬局、訪問看護ステーション、助産所 6万円
(対象経費)	・ 令和3年10月1日から令和3年12月31日までにかかる感染拡大防止に要する費用 (従前から勤務している者及び通常の医療の提供を行う者に係る人件費は除く。)
	※ 感染防止対策に取り組む保険医療機関等において、院内等での感染拡大を防ぐために必要な経費が対象となる。
	※※ 医療機関等の事務の簡素化の観点から、領収書等の添付を省略し、電子申請を原則とする。

3 対象となる経費

対象は、令和3(2021)年10月1日から12月31日までに購入した次に掲げる物品の購入費用で、原則として、支出済みの費用が対象となります。ただし、12月31日までに発注して購入が確定しているもの（発注書や契約書があり、代金の納付期限が明記してある書類があるものなど）は補助対象として差し支えありません。

なお、消費税、振込手数料等は対象となりませんので注意してください。

《補助対象》

◎対象期間等：令和3(2021)年10月1日～12月31日の間に購入した物品

◎対象物品：衛生用品 マスク、消毒液、手袋、ガウン等
備 品 パーテーション、パルスオキシメーター

※ 発注書、納品書、請求書、領収書等は大切に保管してください。

4 補助基準額

補助の基準額はサービス種別、事業所の規模、定員数によって異なりますので、補助要領の基準単価で確認してください。

なお、申請書等の作成においては、適切なサービス種別の選択、定員・訪問回数の記載することにより自動で基準額が表示されます。

5 交付申請の方法

交付申請は次の手順により行ってください。

(1) 申請書等のダウンロード

栃木県保健福祉部高齢対策課のホームページから、申請書等をダウンロードしてください。

(2) 申請書等の作成

II 交付申請書等の作成要領(P. 5～)を参照しながら、申請書等を作成してください。

(3) 申請書等の提出

申請書等の提出方法は、普段の介護サービス報酬の請求方法によって異なります。

ア 電子請求受付システムを利用している場合

申請書等(電子データ)を電子請求受付システムによるインターネット申請で栃木県国民健康保険団体連合会に提出してください。

イ 上記ア以外(紙、CD等を郵送している)の場合

申請書等を印刷し、栃木県へ郵送で提出してください。

No.	提出方法	提出先
1	電子請求受付システム (インターネット申請)	栃木県国民健康保険団体連合会
2	郵送 ※電子システム未利用、 債権譲渡事業所のみ	栃木県保健福祉部高齢対策課 【郵送先】 〒320-8501 宇都宮市塙田1-1-20 感染防止対策支援事業補助金申請書在中と朱書き すること。

6 交付申請の受付期間

令和4(2022)年1月4日(火)9:00～1月31日(月)17:00

※電子請求受付システム、郵送とも同じです。

7 交付決定の通知等

補助金の振込にあたって、交付決定通知書を県から申請した法人宛てに送付します。

なお、申請内容に不備等がない場合の交付決定、補助金の振込時期は、令和4(2022)年2月末を予定しています。

8 証拠書類の保管

本補助金に係る収入及び支出内容に関する証拠書類は、令和8年度末(令和9(2027)年3月31日)まで大切に保管してください。県から証拠書類の提出等の依頼があり、原本が確認できない場合は、補助金の返還を求めることがありますので注意してください。

9 消費税等の取扱い

本補助金において、消費税は対象外となりますので、申請に当たっては購入額から消費税相当額を控除の上、所要額を記載してください。

10 その他

交付申請書等を提出後、交付決定前に介護サービス事業所・施設を廃止した場合、当該介護サービス事業所・施設に係る補助金はお支払いできませんのでご注意ください。

II 交付申請書等作成要領

1 注意事項

- 申請書等は法人単位で作成してください。各介護サービス事業所・施設の対象経費等は（様式2）事業所施設別個票に記載してください。
- 対象経費の数量等は、具体的に記載してください。1行で記載しきれない場合は、2行以上使用しても差し支えありません。
- 複数の介護サービス事業所・施設で使用する物品を法人が一括で購入した場合は、介護サービス事業所・施設の職員数、利用者数、定員数等の合理的な方法で按分し、その按分に用いた計算、表等は証拠書類として保管してください。
- 訪問介護事業所及び訪問型サービス事業所は、10月の訪問回数（実績）に応じて基準額が異なります。交付申請書等の作成に当たっては、必ず訪問回数を確認するとともに、訪問回数の根拠書類を証拠書類として保管してください。
なお、10月以降に指定を受けた事業所は、把握できる直近の1か月の訪問回数を確認し、その回数に応じた基準額により申請してください。
- 通所介護事業所及び通所リハビリテーション事業所は、規模区分により基準額が異なりますので、交付申請書等の作成に当たっては、必ず規模区分（前年度の1月当たりの平均利用延人員数により判定）を確認してください。
- 入所施設・居住系サービス及び短期入所療養介護事業所については、定員数により基準額が異なります。交付申請書等の作成に当たっては、必ず定員数を確認してください。

2 申請書等の構成及び提出書類

申請に必要な様式は、エクセルファイルで次のとおりの構成となっていますので、栃木県のホームページに掲載しているものを使用してください。

(1) 交付申請書等

- ①本申請書の使い方
- ②総括表（規則の別記様式第1：交付申請書兼請求書）
- ③申請額一覧（様式1：事業所・施設別申請（実績）額一覧）
- ④個票1（様式2：事業所・施設別個票）

(2) 債権債務者登録申出書 ※県に郵送で提出する場合のみ

提出に必要なものは、上記（1）及び（2）のみですので、その他領収書等の証拠書類については、提出の必要はありません。ただし、審査の過程で疑義が生じた場合は、別途証拠書類の提出を求められることがありますので、事業所・施設で大切に保管してください。

3 交付申請書兼請求書（規則の別記様式第1、シート名「総括表」）の記載方法

(1) 交付申請日

- 交付申請を行う日付を記載してください。
日付の誤りがないことを確認してください。（例）令和4年1月28日など

(2) 申請者の情報

- 名称には、法人名を省略せずに記載してください。（例）社会福祉法人〇〇福祉会
※法人種別と法人名の上に空白を入れないでください。

- 所在地は、法人の所在地を都道府県名から正しく記載してください。
- 代表者の職名、氏名は、法人代表者の役職、氏名を記載してください。
(例)代表取締役、理事長、代表社員 など
- 申請に関する担当者は、申請書を作成した方の職名、氏名を記載してください。
また、申請内容の確認に使用しますので、連絡先の電話番号、E-Mailは、申請に関する担当者に連絡できるものを記載してください。

(規則の別記様式第1)

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
(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) 補助金申請書兼請求書

令和 年 月 日

栃木県知事 福田 富一 様

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	
	代表者の職・氏名	職名	氏名	
	申請に関する担当者	職名	氏名	

4 事業所・施設別個票 (様式2、シート名「個票〇」) の記載方法

(1) 事業所・施設の状況

- サービス種別は、申請を行う事業所のサービス種別をプルダウンから選択してください。介護保険事業所番号とサービス種別の組み合わせが、県の指定台帳システムに登録されている情報と異なる場合、差替え等を行う必要が生じますので、毎月の介護サービス報酬請求の情報等を確認の上、間違えのないように選択してください。
- 事業所・施設の名称は、指定を受けた名称を正確に記載してください。
- 事業所・施設の所在地は、市町村名から正しく記載してください。

(様式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					
	サービス種別		定員	人	訪問回数	回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		E-mail		
	管理者の氏名					

(2) 積算内訳

- 品目は、マスク、手袋、ガウン、消毒液、パーテーション、パルスオキシメーターなど品名を記載してください。型番等を記載する必要はありません。
- 数量等には数量、単価等を具体的に記載してください。
※消費税は対象外ですので、購入価格に100/110を乗じてください。
 (例) @900円 × 10箱 など
- 所要額は、数量等に記載した積算内容と合算したものと併せてください。
 (例) 所要額欄：9,000、数量等欄：@900円 × 10箱 など
※消費税は対象外ですので、購入価格に100/110を乗じてください。

※ 基準単価欄、所要額欄及び合計額欄は記載する必要はありません。

<積算内訳>		基準単価	円	所要額	円
品目(マスク等)	所要額(円)	数量等			
合計	0				

(3) 誓約事項、口座情報

- 該当する項目に、すべて「○」を選択してください。エクセルファイルでは、印刷範囲外に説明が記載されていますので、この説明を御確認の上、対応してください。

誓 約 事 項	
<input checked="" type="checkbox"/>	以下に掲げる事業所・施設について、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助成金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設
<input type="checkbox"/>	この助成金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。
<input type="checkbox"/>	この助成金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。
<input type="checkbox"/>	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	
<input checked="" type="checkbox"/>	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。 <small>本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成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)</small>
<input type="checkbox"/>	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。 <small>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。</small>