

必須書類

岐阜県緊急時介護人材確保・職場環境復旧等事業費補助金 総括表

令和〇〇年〇〇月〇〇日

申請者	フリガナ	(フリガナ)			
	名称	(法人名)			
	所在地	(郵便番号 〇〇 - 〇〇〇)			
	連絡先	電話番号	(連絡の取れる番号)	E-mail	(連絡の取れるアドレス)
	代表者の職・氏名	職名	(代表者の役職)	氏名	(代表者の氏名)
	申請に関する担当者	職名	(担当者の役職)	氏名	(担当者名)
申請内容					
		助成対象			
サービス種別		1. 人材確保・職場環境復旧事業		2. 他事業所応援事業	
		事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
訪問系	通所介護事業所（通常規模型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	地域密着型通所介護事業所（療養通所介護事業所を含む。）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	短期入所生活介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	短期入所療養介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
訪問系	訪問介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	訪問入浴介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	訪問看護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	居宅介護支援事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
多機能型	福祉用具貸与事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
入所施設・居住系	小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	介護老人福祉施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	地域密着型介護老人福祉施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	介護老人保健施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	介護医療院	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	介護療養型医療施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	認知症対応型共同生活介護事業所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	養護老人ホーム（定員30人以上）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	養護老人ホーム（定員29人以下）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員30人以上）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	軽費老人ホーム（定員29人以下）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	有料老人ホーム（定員30人以上）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
有料老人ホーム（定員29人以下）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
サービス付き高齢者向け住宅（定員30人以上）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
サービス付き高齢者向け住宅（定員29人以下）	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			

別紙2・別紙3から
転記されますので
記載不要です
(個別協議により上限額を超えた場合のみ手入力)

必須書類

(単位:千円)

No.	介護保険事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 人材確保・職場環境復旧事業			2. 他事業所応援事業			申請額計(g)	備考	
				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	(21...から始まる10桁の番号)	(対象事業所名)			470	470			100	100	570	<p>●月●日発生 ※事業所ごとの 発生日初日をご 記載ください</p>
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
合計						470			100	100	570	

別紙3から
転記されますので
記載不要です
(個別協議により上限額を超えた場合のみ手入力)

(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、「岐阜県緊急時介護人材確保・職場環境復旧等事業費補助金実施要綱」の別添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(c)」は、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「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。

必須書類 (事業所毎に作成)

事業所・施設の状況	フリガナ	(フリガナ)		介護保険事業所番号	
	事業所・施設の名称	(対象事業所名)		(21...から始まる10桁の番号)	
	提供サービス	プルダウンから選択	定員	■ ■ 人	
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 ○○ - ○○)		※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載	
	連絡先	電話番号	××-××-××	E-mail	(ある場合のみ)
	管理者の氏名	(役職名 + 管理者(責任者)の氏名)			
事業区分	<input type="checkbox"/> 人材確保・職場環境復旧事業(実施要綱2ア(ア)又は(イ)に該当) → 1を記載 <input type="checkbox"/> 他事業所応援事業(実施要綱2ア(ウ)に該当) → 2を記載				

↑チェックを入れてください

1. 人材確保・職場環境復旧事業

自動計算されます (個別協議の場合のみ手入力)

助成対象の区分	プルダウン	※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)	※別紙の①の額の千円未満切り捨て
<p>① 利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む。)</p> <p>② 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所(19及び20の訪問サービスを含む。)、短期入所系サービス事業所(19及び20の宿泊サービスを含む。)及び介護施設等</p> <p>③ 岐阜県又は岐阜市から休業要請を受けた通所系サービス事業所及び短期入所系サービス事業所(19及び20の通いサービス又は宿泊サービス並びに26の短期利用認知症対応型共同生活介護を含む。)</p> <p>④ 感染等の疑いが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介護施設等(①及び②の場合を除く。)</p> <p>⑤ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等</p> <p>⑥ ①及び③以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る。))を除く。)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、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所</p>			
取組内容 ※該当する取組をチェックすること。			
(1) 職員の感染等による人員不足に伴う介護人材の確保			
<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当及び職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用 <input type="checkbox"/> 帰宅困難職員の宿泊費 <input type="checkbox"/> 連携機関との連携に係る旅費 <input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用 → 対象になるケースが極めて限定的です (実施要綱別添1。基本的に対象外)			
(2) 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保			
<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当及び職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用			
(3) 職場環境の復旧・環境整備に係る費用			
<input type="checkbox"/> 事業所・施設等の消毒・清掃の実施 (<input type="checkbox"/> 自施設又は自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施) <input type="checkbox"/> 感染性廃棄物の処理費用 <input type="checkbox"/> 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる衛生用品の購入費用			
(4) 通所系サービス事業所の代替サービス提供のための費用			
<input type="checkbox"/> 代替場所の確保(使用料) <input type="checkbox"/> ヘルパー同行指導への謝金 <input type="checkbox"/> 代替場所又は利用者宅への旅費 <input type="checkbox"/> 訪問サービス提供に必要な車又は自転車のリース費 <input checked="" type="checkbox"/> 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(通信費用を除く。)			
(5) 自費検査費 → 対象になるケースが極めて限定的です (実施要綱別添1。基本的に対象外)			
<input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用			
(6) 施設内療養に要する費用			
<input type="checkbox"/> 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用			

該当項目に
チェックを入れて
ください。

様式(参考1)・(参考2)を添付

2. 他事業所応援事業

自動計算されます (個別協議の場合のみ手入力)

助成対象の区分	プルダウン	※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)	※別紙の②の額の千円未満切り捨て
<p>① 実施要綱2ア(ア)の①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等に対して応援を行った事業所</p> <p>② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所に対して応援を行った事業所</p>			
取組内容 ※該当する取組をチェックすること			
(1) 利用者受入に係る連絡調整又は職員確保			
<input type="checkbox"/> 追加で必要となる人材確保の実施 (<input type="checkbox"/> 自法人職員による対応(時間外等) <input type="checkbox"/> 人材派遣) <input type="checkbox"/> 利用者の引き継ぎに係る連絡調整			
(2) 職員の応援派遣			
<input type="checkbox"/> 職員の応援派遣の実施 派遣先事業所名 (○○事業所)			

該当項目に
チェックを入れて
ください。

(別紙)積算内訳

1. 人材確保・職場環境復旧事業

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)	例) 人件費	200,000	職員時間外勤務手当
(2)			
(3)	例) 衛生用品 例) 衛生用品	100,000 20,000	マスク10箱、ガウン50枚、フェイスシールド10枚、手袋15箱 マスク5箱、ガウン10枚、ごみ袋10枚、手袋15箱
(4)	<p>可能な限り領収書ごとでひとまとまりにしてご記載ください。 (「費目」さえ一致していれば、マスク、手袋、アルコール等々…必ずしも物 品ごとに1行ずつ分けていただく必要はありません。)</p>		
(5)			
(6)	例) 施設内療養	150,000	○/○~△/△の期間で5名
合計(①)		470,000	(6)については、参考1・参考2 (HPに参考様式の掲載があります) を作成し、添付してください。

2. 他事業所応援事業

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)	例) 人件費	100,000	人材派遣事業に係る費用
(2)			支払い1回分
(3)			
合計(②)		100,000	可能な限り領収書等ごとでひとまとまりにしてご記載ください。