

山口県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費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、山口県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費補助金（以下「補助金」という。）の交付について、山口県補助金等交付規則（平成18年山口県規則第138号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 この補助金は、介護サービス事業所・施設が、新型コロナウイルスの感染防止対策を継続的に行うため、衛生用品等の購入に必要な経費を支援することにより、介護保険制度の円滑な運営に資することを目的とする。

(交付の対象)

第3条 この補助金は、「山口県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実施要綱」に基づき、介護サービス事業所・介護施設が行う事業を交付の対象とする。

(交付額の算定方法)

第4条 この補助金の交付額は、次の（1）と（2）に定める額を比較し少ない額に、別表の第4欄に定める補助率を乗じて得た額とする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てるものとする。

- (1) 事業所・施設ごとに、別表の第2欄に定める基準額と第3欄に定める対象経費の実支出額を比較して少ない方の額（1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てる）を合計した額
- (2) 総事業費から寄付金その他の収入額（補助事業者が社会福祉法人等の営利を目的としない法人の場合は寄付金収入額を除く。）を控除した額

(交付の申請)

第5条 規則第3条第1項の申請は、別記第1号様式による申請書に關係書類を添えて、知事が別に指定する日までに提出しなければならない。

(交付の条件)

第6条 規則第4条第3項の知事が付する条件は、次の各号のとおりとする。

- (1) 事業の内容の変更（軽微な変更を除く。）をする場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (2) 事業を中止し又は廃止する場合には、知事の承認を受けなければならない。
- (3) 事業が予定の期間内に完了しない場合又は事業の遂行が困難となった場合には、速やかに知事に報告してその指示を受けなければならない。
- (4) 事業により取得し又は効用の増加した価格が単価30万円以上の機械、器具及びその他の財産については、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号。以下「適正化令」という。）第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過するまで、知事の承認を受けずに、この補助金の交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、担保に供し又は廃棄してはならない。
- (5) 知事の承認を受けて財産を処分することにより収入があった場合には、その収入の全部又は一部を山口県に納付させることがある。
- (6) 事業により取得し又は効用の増加した財産については、事業完了後においても善良な管理者の注意をもって管理するとともに、その効率的な運営を図らなければならない。
- (7) 補助事業完了後に、消費税及び地方消費税の申告により補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額が確定した場合（仕入控除税額が0円の場合を含む。）には、別記第3号様式により、遅くとも補助事業完了日の属する年度の翌々年度6月30日までに速やかに知事に報告しなければならない。なお、補助金に係る仕入控除税額があることが確定した場合には、当該仕入控除税額を山口県に返還しなければならない。
- (8) 事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について

証拠書類を整理し、かつ、当該帳簿及び証拠書類を事業が完了する日（事業の中止又は廃止を受けた場合には、その承認を受けた日。）の属する年度の終了後5年間保管しておかなければならない。ただし、事業により取得し又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日又は適正化令第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

（補助事業の変更等に係る承認の申請）

第7条 規則第8条第1項の申請は、別記第1号様式による申請書に関係書類を添えて、提出しなければならない。

（軽微な変更の範囲）

第8条 規則第8条第1項ただし書の知事が定める軽微な変更は、次の各号に掲げる変更とする。

- （1）補助の目的に変更をもたらさず、かつ、より能率的な補助の目的の達成に資すると認められる内容の変更
- （2）補助の目的及び事業効果に関係しない事業計画の細部の変更
- （3）経費の目的に実質的な変更をもたらさない経費の配分の変更
- （4）経費の効率的な使用に資するものであり、補助の目的の達成に支障がないと認められる経費の配分の変更

（実績報告）

第9条 規則第11条の実績報告は、別記第2号様式による実績報告書に関係書類を添えて、補助事業が完了した日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、当該通知の到達した日）から20日を経過した日又は当該年度の3月31日のいずれか早い期日までに提出しなければならない。

（補助金の交付等）

第10条 知事は、事業の円滑な遂行を確保するために必要があると認めるときは、規則第5条の規定による通知に係る金額の範囲内において、補助金を概算払により交付することができる。

（調査）

第11条 知事は、補助事業の実施に関して、申請者に対し、報告を求め又は実地に調査することができる。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行について必要な事項は、別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、令和3年12月24日から施行し、令和3年10月1日から適用する。

別表

1 区分	2 基準額	3 対象経費	4 補助率
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	山口県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実施要綱に基づき知事が必要と認めた額	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に必要な需用費、備品購入費	10/10

別記第1号様式（第5条、第7条関係）

令和 年度山口県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費補助金交付申請書

令和 年 月 日

山口県知事 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	

申請内容

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		事業所・施設数	申請額
通所系	1 通所介護事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	2 通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	3 通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
	4 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 円
	5 認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 円
	6 通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	7 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	8 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所	0 か所	0 円
	短期入所療養介護事業所		
	10 (定員20人以下)	0 か所	0 円
11 (定員21人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
訪問系	訪問介護事業所		
	12 (訪問回数1,200回以下)	0 か所	0 円
	13 (訪問回数1,201回以上2,000回以下)	0 か所	0 円
	14 (訪問回数2,001回以上)	0 か所	0 円
	15 訪問入浴介護事業所	0 か所	0 円
	16 訪問看護事業所	0 か所	0 円
	17 訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 円
	18 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 円
	19 夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 円
	20 居宅介護支援事業所	0 か所	0 円
21 居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
多機能型	22 小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
	23 看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円

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		事業所・施設数	申請額
入 所 施 設 ・ 居 住 系	介護老人福祉施設		
	24 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	25 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	26 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	27 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	28 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	地域密着型介護老人福祉施設		
	29 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	30 (定員20人以上)	0 か所	0 円
	介護老人保健施設		
	31 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	32 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	33 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	34 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	35 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	介護医療院		
	36 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	37 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	38 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	39 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	40 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設		
	41 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	42 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	43 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	44 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	45 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所		
	46 (定員14人以下)	0 か所	0 円
	47 (定員15人以上)	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護		
	48 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	49 (定員20人以上39人以下)	0 か所	0 円
	50 (定員40人以上59人以下)	0 か所	0 円
51 (定員60人以上69人以下)	0 か所	0 円	
52 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円	
53 (定員90人以上99人以下)	0 か所	0 円	
54 (定員100人以上)	0 か所	0 円	
地域密着型特定施設入居者生活介護			
55 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
56 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
合 計		0 か所	0 円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別申請額一覧(様式1)
- 2 事業所・施設別個票(様式2)
- 3 振込先口座申出書(様式3)

※ 山口県国民健康保険団体連合会に登録している口座が債権譲渡されている事業所・施設の場合は添付すること

別記第2号様式（第9条関係）

令和 年度山口県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費補助金実績報告書

令和 年 月 日

山口県知事 様

標記について、次のとおり報告します。

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	

報告内容

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		事業所・施設数	報告額
通所系	1 通所介護事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	2 通所介護事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	3 通所介護事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
	4 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 円
	5 認知症対応型通所介護事業所	0 か所	0 円
	6 通所リハビリテーション事業所（通常規模型）	0 か所	0 円
	7 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅰ））	0 か所	0 円
	8 通所リハビリテーション事業所（大規模型（Ⅱ））	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
短期入所系	9 短期入所生活介護事業所	0 か所	0 円
	短期入所療養介護事業所		
	10 （定員20人以下）	0 か所	0 円
11 （定員21人以上）	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
訪問系	訪問介護事業所		
	12 （訪問回数1,200回以下）	0 か所	0 円
	13 （訪問回数1,201回以上2,000回以下）	0 か所	0 円
	14 （訪問回数2,001回以上）	0 か所	0 円
	15 訪問入浴介護事業所	0 か所	0 円
	16 訪問看護事業所	0 か所	0 円
	17 訪問リハビリテーション事業所	0 か所	0 円
	18 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	0 か所	0 円
	19 夜間対応型訪問介護事業所	0 か所	0 円
	20 居宅介護支援事業所	0 か所	0 円
21 居宅療養管理指導事業所	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
多機能型	22 小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
	23 看護小規模多機能型居宅介護事業所	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円

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		事業所・施設数	報告額
入 所 施 設 ・ 居 住 系	介護老人福祉施設		
	24 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	25 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	26 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	27 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	28 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	地域密着型介護老人福祉施設		
	29 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	30 (定員20人以上)	0 か所	0 円
	介護老人保健施設		
	31 (定員39人以下)	0 か所	0 円
	32 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	33 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	34 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
	35 (定員90人以上)	0 か所	0 円
	介護医療院		
	36 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	37 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	38 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	39 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	40 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設		
	41 (定員29人以下)	0 か所	0 円
	42 (定員30人以上39人以下)	0 か所	0 円
	43 (定員40人以上49人以下)	0 か所	0 円
	44 (定員50人以上69人以下)	0 か所	0 円
	45 (定員70人以上)	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所		
	46 (定員14人以下)	0 か所	0 円
	47 (定員15人以上)	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護		
	48 (定員19人以下)	0 か所	0 円
	49 (定員20人以上39人以下)	0 か所	0 円
	50 (定員40人以上59人以下)	0 か所	0 円
	51 (定員60人以上69人以下)	0 か所	0 円
	52 (定員70人以上89人以下)	0 か所	0 円
53 (定員90人以上99人以下)	0 か所	0 円	
54 (定員100人以上)	0 か所	0 円	
地域密着型特定施設入居者生活介護			
55 (定員19人以下)	0 か所	0 円	
56 (定員20人以上)	0 か所	0 円	
小 計		0 か所	0 円
合 計		0 か所	0 円

(添付書類)

- 1 事業所・施設別報告額一覧(様式4)
- 2 事業所・施設別個票(様式5)

別記第3号様式（第6条関係）

令和 年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
申請者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者の氏名

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日第 号で交付決定を受けた令和 年度山口県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費補助金について、交付決定通知により付された条件に基づき、下記のとおり報告する。

記

- 事業区分及び施設の名称
- 補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額
金 _____ 円
(別紙2)
- 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額（要補助金返還相当額）
金 _____ 円
- 添付書類

(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						

<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	0				

誓約事項

	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補助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
	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金等を受けていない。
	この補助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。
	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行います。(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、県に申請して下さい。

(様式3)

振込先口座申出書

令和 年 月 日

山口県知事 様

郵便番号
申出者 主たる事務所の所在地
(交付申請者) 名称
代表者の氏名

山口県介護サービス事業所・施設における感染防止対策事業費補助金の支払は、下記の金融口座に振り込んでください。

なお、口座名義人が補助金の交付申請者と異なるときは、下記口座名義人に受領を委任します。

【受取口座記入欄】 ※長期間入出金のない口座を記入しなすこと

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く)	支店名	分類	口座番号 (右詰で記載)						(フリガナ)
									口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 5.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所	1 普通 2 当座							
	支店コード								

ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号						(フリガナ)
	(6行目がある場合は※に記載)		(右詰で記載)						口座名義
ゆうちょ銀行を選択した場合は、 貯金通帳の見開き左上 または キャッシュカードに記載された記号・番号 を記載すること		※							

振込先金融機関口座確認書類 写し貼り付け
・通帳（口座番号が書かれた部分）又はキャッシュカードのコピー 等

(様式5)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						

<購入内訳>

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

誓約事項

	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補助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
	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金等を受けていない。
	この補助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。
	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。