

令和6年度

宮城県高齢者施設

エネルギー価格高騰対策事業補助金

申請マニュアル

(令和7年1月14日版)

目次

|                      |      |
|----------------------|------|
| 1. 本マニュアルについて        | 2    |
| 2. 補助金の目的            | 2    |
| 3. 対象事業所等            | 2    |
| 4. 交付申請の方法           | 3    |
| 5. 申請書等の提出後の処理       | 4    |
| 6. 交付決定及び補助金の振込みについて | 4    |
| 7. 証拠書類の保管           | 4    |
| 8. 申請に係る問い合わせ窓口      | 4    |
| 交付申請書類の作成要領          | 5～16 |

### 1. 本マニュアルについて

このマニュアルは、宮城県内（仙台市を除く。）に所在する高齢者施設等が「令和6年度宮城県高齢者施設エネルギー価格高騰対策事業補助金」を申請する際に必要となる事項等をまとめたものです。

本補助金の申請を行う場合は必ずこのマニュアルを確認しながら進めてください。

### 2. 補助金の目的

エネルギー価格及び物価の高騰下における高齢者施設の安定的な介護サービスの提供を支援するため、施設の運営に係る光熱費、燃油購入費及び食材購入費、利用宅の訪問等に使用する車両に係る燃油等購入費を補助するものです。

### 3. 対象事業所等

令和7年1月1日時点かつ令和7年3月31日時点で指定を受けている（施設を運営している）下記施設等

| 対象サービス種別（※1） |   | 基準単価    | 単位   |
|--------------|---|---------|--|
| 入所系          | 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   | 16,000円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数  |
|              |   | 8,000円  | 定員から上記の人数を差し引いた数   |
|              | 認知症対応型共同生活介護事業所、介護付き有料老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅  | 8,000円  | 定員   |
|              | 養護老人ホーム、軽費老人ホーム   | 16,000円 | 定員   |
| 短期入所系        | 短期入所生活介護事業所   | 16,000円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数  |
|              |   | 8,000円  | 定員から上記の人数を差し引いた数   |
| 複合系          | 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   | 10,500円 | 通いサービスと宿泊サービスの利用定員の合計  |
| 通所系          | 通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、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   | 10,500円 | 定員   |
| 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、居宅療養管理指導事業所、居宅介護支援事業所 | 5,000円  | 車両台数<br>※対象となる車両は、施設、病院及び利用者宅の訪問に使用する車両とし、会社及び職員所有の車両のほか借上げ車両を含むが、一般旅客運送事業の許可車両を含まない。なお、職員が所有する車両（職員が借り上げた車両を含む）を業務に使用している場合は、職員に対してガソリン及び軽油代を旅費や手当等として支給していることを要件とし、時給や基本給に含んでいる場合は対象外とする。また、令和6年11月（令和6年11月2日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和6年12月、令和6年12月2日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和7年1月）における直接処遇職員の常勤換算の職員数（小数点第一位四捨五入（ただし1人に満たない場合は1人に切り上げ））を台数の上限とする。 |

- ※ 空床利用型の短期入所生活介護事業所、短期入所系及び通所系における医療系サービスのみなし指定事業所は当該補助金の対象としないが、訪問系における医療系サービスのみなし指定事業所は対象とする。
- ※ 市町村及び市町村を構成員とする団体が運営する（指定管理含む）施設は対象外とする。
- ※ 基準該当事業所（介護保険事業所番号が048から始まる事業所）は対象外とする。
- ※ 介護予防ケアマネジメントを実施する事業所は、居宅介護支援事業所と同じものとして取り扱う。  
（詳細は要綱別表2も合わせて確認願います。）

#### 4. 交付申請の方法

##### (1) 申請書等のダウンロード

宮城県保健福祉部長寿社会政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。

([https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/chouju/r4\\_genyu.html](https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/chouju/r4_genyu.html))

##### (2) 申請書等の郵送提出（令和7年2月14日（金）必着）

法人ごとにとりまとめて、下記あて電子メールにより提出してください。

なお、拠点が複数の場合（複数の地域に事業所がある場合）は、拠点（地域）ごとの申請でも構いません。

※必ず令和7年2月14日（金）までに到着するように提出してください。

※電子メールの件名は「エネルギー高騰補助金申請（●●法人●●（法人名）」としてください。

※集計に使用するため、データはPDFに変換せずにExcel形式で提出してください。

（振込口座のコピーについてはPDFで構いません。）

※電子メール到達後に受付完了メールを送付しますので御確認ください。

※電子メールでの提出が困難な場合のみ郵送での提出を受け付けます。

#### 申請書送付先

##### 【電子メール】

genyu-k@pref.miyagi.lg.jp

##### 【郵送】

〒980-8570

仙台市青葉区本町3-8-1

宮城県保健福祉部長寿社会政策課 施設支援班

「高齢者施設エネルギー価格高騰対策事業補助金」担当者 行

#### 5. 申請書等の提出後の処理

申請の受理後、県において申請内容の審査を行います。申請書の内容に不備や確認事項がある場合は、こちらから個別にご連絡の上、修正等の対応を行っていただきます。

## 6. 交付決定及び補助金の振込みについて

申請受付後に審査を行い、適正と認められた場合は交付決定の通知を送付するとともに、指定口座への振り込みを行います。申請書の補正の有無等により交付決定及び振込の時期が前後する場合がありますが、振込は、毎月末締めで処理を行い、最終受付分は令和7年3月中に行います。

## 7. 証拠書類の保管

申請書には添付の必要はありませんが、補助金の証拠書類として以下の書類を事業所内で5年間保管してください。

### 【訪問系以外】

- ①交付申請書の写し
- ②補助金に係る収支状況（様式イ）（HPにデータを掲載しています）
- ③光熱費・燃料費・食材費の支出の証憑（伝票、領収書等）
- ④（該当する場合）提出した月の所得第1～第3段階の人数を証する書類

### 【訪問系】

- ①交付申請書の写し
- ②補助金に係る収支状況（様式イ）（HPにデータを掲載しています）
- ③基準月の常勤換算の人数を証明する書類（シフト表など）
- ④申請した車両の車検証の写し
- ⑤自家用車の場合、保有者と事業所の関係を示す書類（雇入通知書、労働条件通知書、給与明細等）

なお、現地調査等の際に、これらの書類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、不足のないよう保管してください。

## 8. 申請に係る問合せ窓口

申請等にあたっては、本マニュアル及び質疑応答集を必ずご確認のうえで手続きを進めてください。ご不明点がある場合は、下記メールアドレス宛てご連絡ください。

【専用メール】      genyu-k@pref.miyagi.lg.jp

## 交付申請書類の作成要領

### 1 統括的な説明事項

- ・申請書は、基本的に直接入力箇所（着色部分）と、入力を要しない自動反映箇所（白抜き部分）に分かれています。
  
- ・別紙4「口座振込依頼書」への口座情報の記載にあたっては、必ず通帳等を確認しながら記載してください。特に、口座名義や番号の記載誤りが無いことを十分に確認してください。
  
- ・申請書は一つのエクセルファイルで用意され、次のように構成されています。

|                        |                    |
|------------------------|--------------------|
| (1) 本申請書の使い方           | ※作成前に内容を確認いただくもの   |
| (2) 個票分類表              | ※作成にあたり内容を確認いただくもの |
| (3) 様式第1号（交付申請書兼実績報告書） | 【法人本部が作成】          |
| (4) 施設別個票A（別紙2A）       | 【個別の事業所が作成】        |
| (5) 申請額一覧A（別紙1A）       | 【法人本部が内容確認・作成】     |
| (6) 施設別個票B（別紙2B）       | 【個別の事業所が作成】        |
| (7) 申請額一覧B（別紙1B）       | 【法人本部及び個別の事業所が作成】  |
| (8) 施設別個票C（別紙2C）       | 【個別の事業所が作成】        |
| (9) 施設別個票D（別紙2D）       | 【個別の事業所が作成】        |
| (10) 常勤換算表（別紙3）        | 【個別の事業所が作成】        |
| (11) 口座振込依頼書（別紙4）      |                    |

上記のうち、全法人において作成及び申請が必要なものは（3）及び（11）で、（4）から（10）まではサービス種別等に応じて該当するものを作成いただく必要があります。どの個票の作成が必要であるかについては、（2）の個票分類表（申請書様式（エクセル）の2シート目）を参照して判断してください。

- ・提出が必要であるのは、必要事項を記入した上記の書類のみであり、原則としてその他の書類の提出の必要はありませんが、審査の途中で疑義が生じた場合には別途証拠書類の提出を求められる場合がありますので、御承知おきください。

## 2 各申請書の記載方法

### (1) 様式第1号(交付申請書兼実績報告書)

(別記様式第1号)

令和6年度宮城県高齢者施設エネルギー価格高騰対策事業補助金交付申請書兼実績報告書

①

令和 年 月 日

宮城県知事 村井嘉浩 殿

標記について、次のとおり申請します。

なお、補助金の交付決定を受けた際には、この申請をもって補助金等交付規則(昭和51年宮城県規則第36号)第12条第1項による実績報告書といたします。

|     |                  |           |        |  |
|-----|------------------|-----------|--------|--|
| 申請者 | フリガナ             |           |        |  |
|     | 法人名              |           |        |  |
|     | 代表者の職・氏名         | 職名        | 氏名     |  |
|     | 法人所在地            | (郵便番号 - ) |        |  |
|     | 申請に関する担当者        | 職名        | 氏名     |  |
|     | 連絡先              | 電話番号      | E-mail |  |
|     | 交付決定通知等書類郵送先住所宛名 | (郵便番号 - ) |        |  |
|     |                  |           |        |  |
|     |                  |           |        |  |
|     |                  |           |        |  |

① 交付申請を行う日付を記載してください。

② 申請者(法人)の情報

- ・法人名は、省略せず記載してください。
- ・法人等所在地は都道府県名から正しく記載してください。

③ 担当者の情報

- ・交付決定通知等書類郵送先住所については、法人所在地と同じである場合は「同上」と記載してください。

| <b>誓約事項</b>              |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | この補助金は、施設の光熱費、燃油購入費及び食材購入費又は利用者の訪問等に使用する車両に係るガソリン及び軽油購入費に充てる。         |
| <input type="checkbox"/> | この補助金と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。<br>(もし受けている場合は、収支状況報告書にその内容を正しく記載すること。) |
| <input type="checkbox"/> | この補助金に係る証拠書類を適切に整備保管する。   |
| <input type="checkbox"/> | この申請書に記載した事項については事実と相違ない。   |
| <input type="checkbox"/> | 暴力団排除条例（平成22年宮城県条例第67号）に規定する暴力団又は暴力団員ではない。                            |
| <input type="checkbox"/> | 県税に未納がない。   |
| <input type="checkbox"/> | 市町村及び市町村を構成員とする団体が運営する事業所（指定管理の事業所を含む。）は含まれていない。                      |
| <input type="checkbox"/> | 上記の誓約事項に違反した場合は、補助金の返還があり得ることを理解している。                                 |

- ・誓約事項について、各項目の内容を確認し、満たしていることを確認の上プルダウンリストで「チェック」をつけてください。（全ての項目に「チェック」がついていないと申請を受け付けられません。）

| 高齢者施設原油価格高騰対策事業 |           | 事業所・施設数             | 申請額      |
|-----------------|-----------|---------------------|----------|
| 入所系及び短期入所系      | 1         | 介護老人福祉施設            | 0 か所 0 円 |
|                 | 2         | 地域密着型介護老人福祉施設       | 0 か所 0 円 |
|                 | 3         | 介護老人保健施設            | 0 か所 0 円 |
|                 | 4         | 介護医療院               | 0 か所 0 円 |
|                 | 5         | 認知症対応型共同生活介護事業所     | 0 か所 0 円 |
|                 | 6         | 養護老人ホーム             | 0 か所 0 円 |
|                 | 7         | 軽費老人ホーム             | 0 か所 0 円 |
|                 | 8         | 介護付き有料老人ホーム         | 0 か所 0 円 |
|                 | 9         | 住宅型有料老人ホーム          | 0 か所 0 円 |
|                 | 10        | サービス付き高齢者向け住宅       | 0 か所 0 円 |
|                 | 11        | 短期入所生活介護事業所         | 0 か所 0 円 |
| 小 計             |           | 0 か所                | 0 円      |
| 複合系             | 12        | 小規模多機能型居宅介護事業所      | 0 か所 0 円 |
|                 | 13        | 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      |
| 通所系             | 14        | 通所介護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 15        | 地域密着型通所介護事業所        | 0 か所 0 円 |
|                 | 16        | 認知症対応型通所介護事業所       | 0 か所 0 円 |
|                 | 17        | 通所リハビリテーション事業所      | 0 か所 0 円 |
| 小 計             |           | 0 か所                | 0 円      |
| 訪問系(介護)         | 18        | 訪問介護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 19        | 訪問入浴介護事業所           | 0 か所 0 円 |
|                 | 20        | 訪問看護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 21        | 訪問リハビリテーション事業所      | 0 か所 0 円 |
|                 | 22        | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 0 か所 0 円 |
|                 | 23        | 夜間対応型訪問介護事業所        | 0 か所 0 円 |
|                 | 24        | 居宅療養管理指導事業所         | 0 か所 0 円 |
| 25              | 居宅介護支援事業所 | 0 か所 0 円            |          |
| 小 計             |           | 0 か所                | 0 円      |
| 訪問系(障害福祉)       | 26        | 居宅介護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 27        | 重度訪問介護事業所           | 0 か所 0 円 |
|                 | 28        | 同行援護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 29        | 行動援護事業所             | 0 か所 0 円 |
|                 | 30        | 自立生活援助事業所           | 0 か所 0 円 |
|                 | 31        | 居宅訪問型児童発達支援事業所      | 0 か所 0 円 |
|                 | 32        | 保育所等訪問支援事業所         | 0 か所 0 円 |
| 小 計             |           | 0 か所                | 0 円      |
| 相談系             | 33        | 計画相談支援事業所           | 0 か所 0 円 |
|                 | 34        | 障害児相談支援事業所          | 0 か所 0 円 |
|                 | 35        | 地域移行支援事業所           | 0 か所 0 円 |
|                 | 36        | 地域定着支援事業所           | 0 か所 0 円 |
| 小 計             |           | 0 か所                | 0 円      |
| 合 計             |           | 0 か所                | 0 円      |

・「申請額一覧 A」及び「申請額一覧 B」に入力した内容が自動で集計されるようになっています。

・「申請額一覧 A」及び「申請額一覧 B」と、サービス種別ごとの申請事業所数及び申請額、合計の事業所数及び申請額が合致しているか確認してください。





- ・事業所・施設の名称は略称を使わずに正しく入力してください。
- ・サービス種別は、該当するものをプルダウンリストから選択して入力してください。

## ② 調整率

- ・開設日及び休止期間に応じてプルダウンリストから該当するものを選択して入力してください。
- ・調整率は以下のとおりです。

令和6年4月1日以前から運営（休止期間がある場合を除く）・・・調整率1  
 令和6年4月2日から5月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が11か月・・・調整率11/12  
 令和6年5月2日から6月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が10か月・・・調整率10/12（5/6）  
 令和6年6月2日から7月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が9か月・・・調整率9/12（3/4）  
 令和6年7月2日から8月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が8か月・・・調整率8/12（2/3）  
 令和6年8月2日から9月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が7か月・・・調整率7/12  
 令和6年9月2日から10月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が6か月・・・調整率6/12（1/2）  
 令和6年10月2日から11月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が5か月・・・調整率5/12  
 令和6年11月2日から12月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が4か月・・・調整率4/12（1/3）  
 令和6年12月2日から令和7年1月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が3か月・・・調整率3/12（1/4）  
 休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が2か月・・・調整率2/12（1/6）  
 休止期間を除いた令和6年度内の稼働月数が1か月・・・調整率1/12

※休止期間は、休止の届出があった期間（予定を含む）を指すものとし、稼働月数の算出にあたっては暦月で1か月未満を切り捨てて算出するものとする。

例：令和6年4月1日以前から運営している施設等が令和6年4月20日から令和6年8月10日まで休止（8月11日から再開）した場合  
 →稼働月数は9月から3月までの7か月とする。

## ③ 休止期間

令和6年度内に休止した期間があれば入力してください。（予定を含む）

## ④ 所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数

- ・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、短期入所生活介護事業所のみ記入が必要になります。（①において上記以外のサービス種別を選択すると、この表は表示されません。）
- ・①で入力した開設日に応じて、一定の期間の日付が表示されますので、各日の所得段階が第1・第2・第3段階の者利用人数を記入してください。なお、0人の場合は「0」と記入してください。

(3) 申請額一覧 A (別紙 1 A)

- ・個票 A については、同じエクセルファイル内に、「個票 A」のシートを入れ込み、各シートの名前を「個票 A1」「個票 A2」「個票 A3」のように「個票 A+通し番号」で入力することで、この一覧に個票 A の情報が自動で反映されますので、シートに入れ込みとシート名の変更を行ってください。(一覧 B 列の「No.」と、個票 A の通し番号が連動します。)
- ・ただし、個票 C 及び個票 D については個票 A のように個票の情報が一覧 A に自動で反映されません。個票 C 又は個票 D を作成した場合には、個票 A と同様に、個票 C と個票 D のシートについて、それぞれシートを入れ込んだ上で、シート名を「個票 C1」「個票 D1」のように「個票〇+通し番号」の形に変更してください。なお、ここでの通し番号は、一覧 A の B 列「No.」と同じ数字を入力してください。

(4) 個票 B (別紙 2 B)

**<施設別個票B (別紙 2 B) > 事業所別該当車両一覧表 (1 枚目)**

|     |   |        |         |      |    |
|-----|---|--------|---------|------|----|
| 法人名 | 0 | 申請事業所数 | 0施設・事業所 | 申請台数 | 0台 |
|-----|---|--------|---------|------|----|

↓常勤換算数は小数点第一位まで入力してください。 ↓車両のナンバー等 (プレートの色) を記載してください。ナンバーは右詰めで記載してください。

|           |        |  |  |  |  |   |
|-----------|--------|--|--|--|--|---|
| 事業所番号     |        |  |  |  |  | ① |
| 事業所名      |        |  |  |  |  |   |
| 主たるサービス種別 |        |  |  |  |  |   |
| 1 基準額     | 5,000円 |  |  |  |  |   |
| 常勤換算数     |        |  |  |  |  |   |
| 申請可能台数    |        |  |  |  |  |   |
| 申請台数      | 0台     |  |  |  |  | ② |

| 地名    | 色 | 分類番号  | ひらがな | 一連指定番号 |   |   | 地名 | 色 | 分類番号 | ひらがな | 一連指定番号 |  |  | 地名 | 色 | 分類番号 | ひらがな | 一連指定番号 |  |  |
|-------|---|-------|------|--------|---|---|----|---|------|------|--------|--|--|----|---|------|------|--------|--|--|
| 例) 宮城 | 白 | 5 0 0 | う    | 1      | 2 | 3 |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |
|       |   |       |      |        |   |   |    |   |      |      |        |  |  |    |   |      |      |        |  |  |

① 事業所情報

- ・着色セル部分をそれぞれ入力してください。
- ・「主たるサービス種別」については該当するものをプルダウンリストから選択してください。
- ・「常勤換算数」については、令和 6 年 1 月 1 日 (令和 6 年 1 月 2 日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和 6 年 1 2 月、令和 6 年 1 2 月 2 日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和 7 年 1 月) における直接処遇職員の常勤換算の職員数 (小数点第一位四捨五入 (ただし 1 人に満たない場合は 1 人に切り上げ)) を、小数点第一位まで記載してください。(訪問系における医療系サービスのみなし指定事業所については、別紙 3 「常勤換算表」により計算した人数を記載してください。)

② 車両情報

- ・事業所ごとに、対象となる車両の情報を入力してください。
- ・なお、対象となる車両は、基準日時点で利用者宅の訪問等に使用している車両とし、会社及び職員所有の車両のほか借上げ車両を含みますが、一般旅客運送事業の許可車両を含みません。なお、職員が所有する車両（職員が借り上げた車両を含む）を業務に使用している場合は、職員に対してガソリン及び軽油代を旅費や手当等として支給していることを要件とし、時給や基本給に含んでいる場合は対象外とします。

(5) 施設別申請額一覧 B (別紙 1 B)

**【別紙 1 B】施設別申請額一覧 B (必ず表の上から順めて記載してください。)**

・申請する施設・事業所ごとに、着色されたセル（「開設年月日」「基準月」「所在地」「休止期間（年月日）」「調整率」）を入力してください。（「休止期間」は、令和 6 年度内に休止期間がある場合に入力してください。また、休止期間が複数ある場合は 1 つのセルの中に行を分けて記入してください。）  
 ・別表 1 に掲げる訪問系の事業所のうち、医療系サービスのみなし指定事業所が申請する場合は、事業所ごとに別紙 3 「常勤換算表」を作成し添付してください。

| No | 法人名 | 事業所番号 | 事業所名 | 主たるサービス種別 | 常勤換算率 | 開設年月日 | 基準月 | 所在地 | 休止期間（年月日） | 調整率 | 申請可能台数 | 基準額 | 申請台数 | 申請額 | 審査結果（異が記載） |
|----|-----|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|-----------|-----|--------|-----|------|-----|------------|
| 1  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 2  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 3  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 4  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 5  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 6  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 7  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 8  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 9  | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 10 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 11 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 12 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 13 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 14 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |
| 15 | 0   |       |      | 0         |       |       |     |     |           |     | 5,000円 | 0台  | 0円   |     |            |

着色されたセルの項目について、それぞれ入力してください。（それ以外の項目については、「個票 B」の内容が自動で入力されるようになっています。）

(6) 個票C (別紙2C)

施設別個票C (別紙2C) 区分I施設 助成額算出票

「申請額一覧A」No.  ←法人本部が提出時に記載

(1) 基本情報

着色されたセルを入力してください。休止期間については、令和6年度内に休止した(する)期間があれば記載してください。

|               |      |         |  |
|---------------|------|---------|--|
| 法人名           |      | 事業所・施設名 |  |
| 介護保険事業所番号     |      | サービス種別  |  |
| 事業所所在地        | 郵便番号 | 住所      |  |
| 休止期間1 (あれば記載) |      |         |  |
| 休止期間2 (あれば記載) |      |         |  |
| 休止期間3 (あれば記載) |      |         |  |
| 休止期間4 (あれば記載) |      |         |  |
| 休止期間5 (あれば記載) |      |         |  |

・「開設日」を入力すると、日付が自動で入力されます。  
 ・表示された各日について、所得第1～第3段階の利用人数を記載してください。(0人の場合は「0」と記載してください。)

(2) 所得第1から第3段階までの平均利用人数平均利用人数の算出

「開設日」(年月日)を記載すると日付が自動で表示されますので、表示された日のそれぞれの所得第1から第3段階までの利用人数を記載してください。

| 開設日 | 日付         | 所得段階<br>第1・第2・第3段階の人数 |
|-----|------------|-----------------------|
|     | 2024/11/1  | 人                     |
|     | 2024/11/2  | 人                     |
|     | 2024/11/3  | 人                     |
|     | 2024/11/4  | 人                     |
|     | 2024/11/5  | 人                     |
|     | 2024/11/6  | 人                     |
|     | 2024/11/7  | 人                     |
|     | 2024/11/8  | 人                     |
|     | 2024/11/9  | 人                     |
|     | 2024/11/10 | 人                     |
|     | 2024/11/11 | 人                     |
|     | 2024/11/12 | 人                     |
|     | 2024/11/13 | 人                     |
|     | 2024/11/14 | 人                     |
|     | 2024/11/15 | 人                     |
|     | 2024/11/16 | 人                     |
|     | 2024/11/17 | 人                     |
|     | 2024/11/18 | 人                     |
|     | 2024/11/19 | 人                     |
|     | 2024/11/20 | 人                     |
|     | 2024/11/21 | 人                     |
|     | 2024/11/22 | 人                     |
|     | 2024/11/23 | 人                     |
|     | 2024/11/24 | 人                     |
|     | 2024/11/25 | 人                     |
|     | 2024/11/26 | 人                     |
|     | 2024/11/27 | 人                     |
|     | 2024/11/28 | 人                     |
|     | 2024/11/29 | 人                     |
|     | 2024/11/30 | 人                     |
|     | 期中平均       | 0.00000000 人          |

平均利用人数： 0

(以下、所得第1から第3段階までの平均利用人数を「平均利用人数」と記載します。)

(3) 助成額の算出

・基準日及び基準日時点の定員を記載してください。

|          |            |   |
|----------|------------|---|
| 基準日※     | 2024年12月1日 | ※2024年12月1日までに指定等を受けた場合は「2024年12月1日」、2024年12月2日から2025年1月1日までに指定等を受けた場合は「2025年1月1日」となります(2025年1月2日以降に指定等を受けた場合は本補助金は対象外となります。) |
| 基準日時点の定員 |            |   |

・各月について、「休止の有無」及び「定員」を記載してください。(「休止の有無」については休止した(する)場合はその月に「○」を記載してください。) また、2024年12月2日以降に開設した(=指定等を受けた)場合も、下記の表に応じて該当月の「休止の有無」に○を記載してください。

| 年<br>月  | 2024年 |    |    |    |    |    |     |     |     |    | 2025年 |    |  |
|---------|-------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|-------|----|--|
|         | 4月    | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月    | 3月 |  |
| 休止の有無   |       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |       |    |  |
| ①平均利用人数 |       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |       |    |  |
| ②定員     |       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |       |    |  |
| ②-①     |       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |       |    |  |
| 月あたり助成額 |       |    |    |    |    |    |     |     |     |    |       |    |  |

|      |   |   |
|------|---|---|
| 合計   | 0 | 円 |
| 助成額: | 0 | 円 |

【開設年月日による稼働開始月の判断表】

| 開設年月日                    | 「休止の有無」に○を記載する月 |
|--------------------------|-----------------|
| 2024年4月2日から2024年5月1日まで   | 4月              |
| 2024年5月2日から2024年6月1日まで   | 4月及び5月          |
| 2024年6月2日から2024年7月1日まで   | 4月から6月まで        |
| 2024年7月2日から2024年8月1日まで   | 4月から7月まで        |
| 2024年8月2日から2024年9月1日まで   | 4月から8月まで        |
| 2024年9月2日から2024年10月1日まで  | 4月から9月まで        |
| 2024年10月2日から2024年11月1日まで | 4月から10月まで       |
| 2024年11月2日から2024年12月1日まで | 4月から11月まで       |
| 2024年12月2日から2025年1月1日まで  | 4月から12月まで       |

- ・「基準日」については、(2)で「開設日」を入力すると自動で入力されます。表示された基準日時点の定員について入力してください。
- ・また、令和6年度内の各月について、「休止の有無」及び「定員」を記載してください。ここまでの情報をすべて入力すると、助成額(申請額)が自動で計算されます。
- ※個票D(別紙2D)についても、個票Cと入力方法は同様です。
- (所得第1から第3段階までの平均利用人数の入力が不要である点が異なります。)

(7) 常勤換算表 (別紙3)

※訪問系における医療系サービスのみなし指定事業所が申請する場合に作成するものです。

別紙3 常勤換算表

(訪問系における医療系サービスのみなし指定事業所が申請する場合に作成)

※水色着色セルに入力ください

↑法人本部が記載

① 「申請額一覧B」 No.

↓各事業所が記載

② 法人名  事業所・施設名  サービス種別

介護保険事業所番号

事業所所在地 郵便番号  住所

|         | 常勤換算 | 申請可能車両数              |
|---------|------|----------------------|
| 常勤専従    | —    | 0                    |
| 常勤専従でない | 0    |                      |
| 常勤換算    |      | <input type="text"/> |

⑤

| 連番 | 名前 | 勤務形態 | ○月の勤務時間<br>(介護分として従事した<br>時間に限る) | 常勤換算計算のための勤務時間 |
|----|----|------|----------------------------------|----------------|
| 1  |    |      |                                  | 0              |
| 2  |    |      |                                  | 0              |
| 3  |    |      |                                  | 0              |
| 4  |    |      |                                  | 0              |
| 5  |    |      |                                  | 0              |
| 6  |    |      |                                  | 0              |
| 7  |    |      |                                  | 0              |
| 8  |    |      |                                  | 0              |
| 9  |    |      |                                  | 0              |
| 10 |    |      |                                  | 0              |
| 11 |    |      |                                  | 0              |
| 12 |    |      |                                  | 0              |
| 13 |    |      |                                  | 0              |
| 14 |    |      |                                  | 0              |
| 15 |    |      |                                  | 0              |
| 16 |    |      |                                  | 0              |
| 17 |    |      |                                  | 0              |
| 18 |    |      |                                  | 0              |
| 19 |    |      |                                  | 0              |
| 20 |    |      |                                  | 0              |

③

④ 就業規則等で定められた、常勤職員が1週間に勤務すべき時間  
 時間 / 週  
 ↓  
 一日当たりの勤務時間  
 時間 / 日  
 ○月における常勤職員が勤務すべき日数  
 日  
 ↓  
 ○月における常勤職員が勤務すべき時間  
 時間

① 「申請額一覧B」 No.

事業所ではなく法人本部が申請時に記載してください。

② 法人等情報

各事業所が記載してください。

③ 個人ごとの勤務形態及び時間

・名前は、漢字で氏名を記載してください。

・勤務形態は、「常勤専従」又は「常勤専従でない」をプルダウンリストから選択して入力してください。

・勤務時間については、勤務形態が「常勤専従でない」場合に、該当月の介護分として従事した合計勤務時間を入力してください。(常勤専従の場合は記入不要です。)

④ 該当月の勤務時間の算出

・着色セルをそれぞれ入力してください。

・該当月については、別表1の「※3」を参照してください。

⑤ 申請可能車両数

ここに表示された台数が上限台数になります。

(8) 口座振込依頼書 (別紙4)

(別紙4)

口座振込依頼書

令和 年 月 日

宮城県知事 村井嘉浩 殿

住所  
〒 -

法人名

代表者役職名、氏名

令和6年度宮城県高齢者施設エネルギー価格高騰対策事業補助金について、下記の口座への振込を依頼いたします(補助金申請者と口座名義人が異なる場合も含む)。

記

ゆうちょ銀行以外の金融機関

|           |      |     |
|-----------|------|-----|
| 金融機関名・支店名 | 銀行   | 支店  |
|           | 信用金庫 | 営業部 |
|           | 農協   | 出張所 |

金融機関コード

店舗コード

預金種別 ※いずれかに○

普通預金

当座預金

口座番号 ※右詰で記入

カナ口座名義 ※通帳に表記されているカナ口座名義名を記入(漢字名は記入不要)

ゆうちょ銀行 (通帳に表記されている記号5桁及び番号8桁を記入)

例) 記号 12340-1 → 234 の部分を記入(1桁目の1と5桁目の0は固定なので記入不要、-1は記入不要)

番号 12345671 → 1234567 まで記入(下1桁の1は固定なので記入不要)

|        |    |   |  |  |  |   |
|--------|----|---|--|--|--|---|
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 1 |  |  |  | 0 |
|        | 番号 |   |  |  |  |   |

←番号が8桁ない場合は右詰で記入

- ・年月日や住所, 法人名, 代表者職氏名は様式第1号から自動で転記されるようになっています。
- ・様式第1号に記載した内容と同じ内容が記載されているか確認してください。

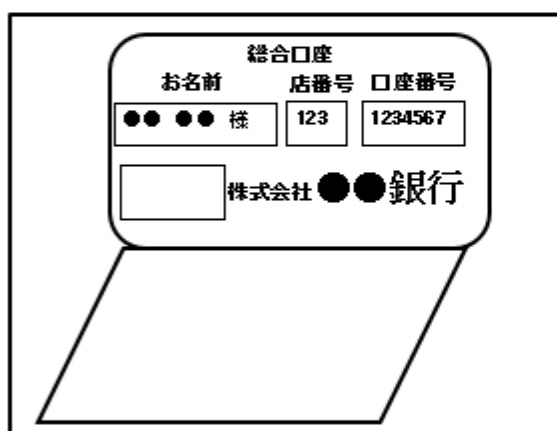
- ・ゆうちょ銀行及びそれ以外の銀行で, 入力する箇所が異なりますので注意してください。
- ・口座情報を誤って入力すると補助金が入金できませんので, 必ず正しい情報が入力されているか確認してください。
- ・申請書類を紙で提出する際に, この用紙の裏面に, 通帳の写し等, この用紙に記載してある振込口座の情報が確認できる書類のコピーを貼付してください。

※本用紙裏面へ振込口座が確認できる書類のコピー(通帳の写し等)を貼付願います。



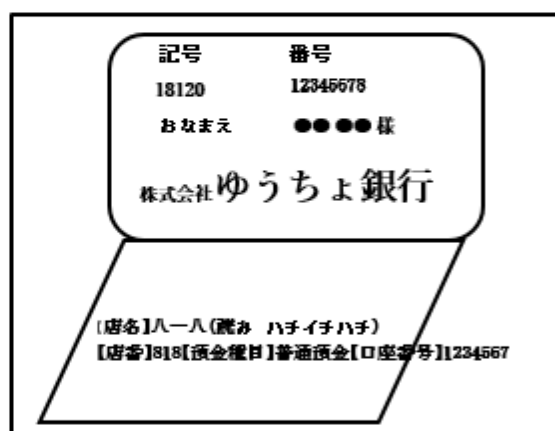
## 振込口座が確認できる書類のコピー

下記のどちらか1つのコピーをこちらに貼付してください。  
※必ずお名前、金融機関名、支店名（支店コード）預金種別、口座番号、  
口座名義（カナ）が確認できる面のコピーを貼付してください。



ゆうちょ銀行以外の場合

※表紙ウラのページ



ゆうちょ銀行の場合

※ゆうちょ銀行の場合は表紙ウラの通帳見開き  
ページ全面のコピーを貼付してください。