

令和5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要綱の一部を改正する要綱

令和5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要綱(令和5年12月25日施行)の一部を次のように改正する。

| 改正後 | 改正前 |
|---|--|
| <p>第1 (略)</p> <p>(交付対象等)</p> <p>第2 補助金の交付対象となる高齢者施設は、<u>次のとおりとする。</u></p> <p><u>(1) 令和5年9月1日までに事業活動を開始し、かつ、令和5年9月30日の時点で別表1に定める対象サービス種別に掲げる事業を行う宮城県内(仙台市を除く。)に所在する高齢者施設(市町村及び市町村を構成員とする団体が運営する施設(指定管理の施設を含む。)を除く。)</u></p> <p><u>(2) 令和6年1月1日までに事業活動を開始し、かつ、令和6年3月31日の時点で別表2に定める対象サービス種別に掲げる事業を行う宮城県内(仙台市を除く。)に所在する高齢者施設(市町村及び市町村を構成員とする団体が運営する施設(指定管理の施設を含む。)を除く。)</u></p> <p>(交付額の算定方法)</p> <p>第3 補助金の交付対象となる高齢者施設の基準単価、対象経費及び助成額は、<u>次のとおりとする。ただし、算出された額に100円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。</u></p> <p><u>(1) 第2(1)に規定する高齢者施設は別表1のとおりとする。</u></p> <p><u>(2) 第2(2)に規定する高齢者施設は別表2のとおりとする。</u></p> <p>(交付申請及び実績報告)</p> <p>第4 規則第3条の規定による交付申請書の様式は、別記様式第1号によるものとし、その提出期限は、知事が別に定める日までとする。</p> | <p>第1 (略)</p> <p>(交付対象等)</p> <p>第2 補助金の交付対象となる高齢者施設は、令和5年9月1日までに事業活動を開始しかつ令和5年9月30日の時点で別表1に定める対象サービス種別に掲げる事業を行う宮城県内(仙台市を除く。)に所在する高齢者施設(市町村及び市町村を構成員とする団体が運営する施設(指定管理の施設を含む。)を除く。)とする。</p> <p>(交付額の算定方法)</p> <p>第3 補助金の交付対象となる高齢者施設の基準単価、対象経費及び助成額は、別表1のとおりとする。ただし、算出された額に100円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。</p> <p>(交付申請及び実績報告)</p> <p>第4 規則第3条の規定による交付申請書の様式は、別記様式第1号によるものとし、その提出期限は、知事が別に定める日までとする。</p> |

2 規則第3条の規定により交付申請書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。ただし、(1)及び(2)については、サービス種別等に応じて該当するものを提出するものとし、(3)については、別表1 又は別表2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に添付するものとする。

- (1) 施設別申請額一覧(別紙1 A及び別紙1 B)
- (2) 施設別個票(別紙2 A、2 B、2 C及び2 D)
- (3) 常勤換算表(別紙3)
- (4) 口座振込依頼書(振込先口座の通帳の写しを含む。)(別紙4)
- (5) その他知事が必要と認める書類

(以下略)

(交付の条件)

第5 規則第5条の規定により付する条件は、次のとおりとする。

- (1) この補助金に関係する証拠書類については、事業の完了の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。
- (2) 第2(1)の補助金の交付対象となった施設が令和5年9月30日までに、廃止、休止等により事業活動を停止した場合又は定員を減少させた場合(以下「廃止等」という。)、その旨を県に報告するとともに、別表3に基づいて算出された額を返還しなければならない(あらかじめ相当額を差し引いて交付された場合を除く。)。

(3) 第2(2)の補助金の交付対象となった施設が令和6年3月31日までに廃止等をした場合、その旨を県に報告するとともに、別表3に基づいて算出された額を返還しなければならない(あらかじめ相当額を差し引いて交付された場合を除く。)。

(4) この補助金を補助対象経費以外に使用してはならない。

2 規則第3条の規定により交付申請書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。ただし、(1)及び(2)については、サービス種別等に応じて該当するものを提出するものとし、(3)については、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に添付するものとする。

- (1) 施設別申請額一覧(別紙1 A及び別紙1 B)
 - (2) 施設別個票(別紙2 A、2 B、2 C及び2 D)
 - (3) 常勤換算表(別紙3)
 - (4) 口座振込依頼書(振込先口座の通帳の写しを含む。)(別紙4)
- (新設)

(以下略)

(交付の条件)

第5 規則第5条の規定により付する条件は、次のとおりとする。

- (1) この補助金に関係する証拠書類については、事業の完了の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。
- (2) 補助金の交付対象となった施設が令和5年9月30日までに廃止、休止等により事業活動を停止した場合又は定員を減少させた場合(以下「廃止等」という。)、その旨を県に報告するとともに、別表2に基づいて算出された額を返還しなければならない。(あらかじめ相当額を差し引いて交付された場合を除く。)

(新設)

(3) この補助金を補助対象経費以外に使用してはならない。

(5) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けてはならない。

第6から第11 (略)

附 則

- 1 この要綱は、令和5年8月29日から施行する。
- 2 この要綱は、令和5年12月25日から施行する。

(4) 偽りその他不正の手段により補助金の交付を受けてはならない。

第6から第11 (略)

附 則

- 1 この要綱は、令和5年8月29日から施行する。
(新設)

| 別表1 対象サービス種別、基準単価等 | | | | | |
|---|---|---------|--------|-----------------------|----|
| 対象サービス種別(※1) | | 基準単価 | | 一月あたりの基準単価 | 単位 |
| 入所系 | 1 介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 2 地域密着型介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 3 介護老人保健施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 4 介護医療院 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| 5 認知症対応型共同生活介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | | |
| 6 養護老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 | | |
| 7 軽費老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 | | |
| 8 介護付き有料老人ホーム | 5,000円 | 833円 | 定員 | | |
| 短期入所系 | 9 短期入所生活介護事業所 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| 複合系 | 10 小規模多機能型居宅介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 通いサービスと宿泊サービスの利用定員の合計 | |
| | | 5,000円 | 833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 | 12 通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 13 地域密着型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 14 認知症対応型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 15 通所リハビリテーション事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 16 訪問介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| 訪問系 | 17 訪問入浴介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 18 訪問看護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 19 訪問リハビリテーション事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 21 夜間対応型訪問介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 22 居宅療養管理指導事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 23 居宅介護支援事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| 基準日 | 令和5年8月1日 ただし、令和5年8月2日から令和5年9月1日までに指定等を受けた施設等の場合は令和5年9月1日とする。 | | | | |
| 調整率 | 令和5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5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5年度内の稼働月数が5か月・・・調整率5/6 令和5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5年度内の稼働月数が4か月・・・調整率4/6(2/3) 令和5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5年度内の稼働月数が3か月・・・調整率3/6(1/2) 令和5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5年度内の稼働月数が2か月・・・調整率2/6(1/3) 令和5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5年度内の稼働月数が1か月・・・調整率1/6 ※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5年4月1日以前から運営している施設等が令和5年4月20日から令和5年7月10日まで休止(7月11日から再開)した場合稼働月数は8月から9月までの2か月とする。 | | | | |
| 対象経費 | ○入所系、短期入所系、複合系、通所系 光熱費、燃油購入費、食料購入費 ○訪問系 利用者宅の訪問等に使用する車両に係る燃油等購入費 | | | | |
| 助成額 | 基準単価に基準日時点の単位及び調整率を乗じた額(入所系のうち介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院並びに短期入所系の施設は、上段及び下段で算出された額を差し合わせた額に調整率を乗じた額)ただし、基準日以外の期間に単位(定員以外の単位を除く)が変更となる場合は、別途定める方法により算出するものとする。 なお、算出された額に100円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。 | | | | |
| ※1 事業所・施設等について、令和5年9月1日時点かつ令和5年9月30日時点で指定等を受けている者であり、また、 ・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ならないが、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。 ・介護付き有料老人ホームとは、介護保険法における特定施設入居者生活介護事業所又は地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けているものをいう。 ・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。 ・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。 ※2 介護保険法第51条の3第1項又は第1条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数(小数点以下四捨五入)。 ※3 対象となる車両は、利用者の訪問等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、直接地価職員の常勤職員の職員数(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。 (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「常勤職員表」により人数を計算するものとする。) | | | | | |

| 別表1 対象サービス種別、基準単価等 | | | | | |
|---|---|---------|--------|-----------------------|----|
| 対象サービス種別(※1) | | 基準単価 | | 一月あたりの基準単価 | 単位 |
| 入所系 | 1 介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 2 地域密着型介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 3 介護老人保健施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| | 4 介護医療院 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| 5 認知症対応型共同生活介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | | |
| 6 養護老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 | | |
| 7 軽費老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 | | |
| 8 介護付き有料老人ホーム | 5,000円 | 833円 | 定員 | | |
| 短期入所系 | 9 短期入所生活介護事業所 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 | ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 | |
| 複合系 | 10 小規模多機能型居宅介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 通いサービスと宿泊サービスの利用定員の合計 | |
| | | 5,000円 | 833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 | 12 通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 13 地域密着型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 14 認知症対応型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 15 通所リハビリテーション事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| | 16 訪問介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| 訪問系 | 17 訪問入浴介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 18 訪問看護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 19 訪問リハビリテーション事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 21 夜間対応型訪問介護事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 22 居宅療養管理指導事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | 23 居宅介護支援事業所 | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| | | 2,000円 | — | 車両台数 | ※3 |
| 基準日 | 令和5年8月1日 | | | | |
| 調整率 | 令和5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5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5年度内の稼働月数が5か月・・・調整率5/6 令和5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5年度内の稼働月数が4か月・・・調整率4/6(2/3) 令和5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5年度内の稼働月数が3か月・・・調整率3/6(1/2) 令和5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5年度内の稼働月数が2か月・・・調整率2/6(1/3) 令和5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5年度内の稼働月数が1か月・・・調整率1/6 ※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5年4月1日以前から運営している施設等が令和5年4月20日から令和5年7月10日まで休止(7月11日から再開)した場合稼働月数は8月から9月までの2か月とする。 | | | | |
| 対象経費 | ○入所系、短期入所系、複合系、通所系 光熱費、燃油購入費、食料購入費 ○訪問系 利用者宅の訪問等に使用する車両に係る燃油等購入費 | | | | |
| 助成額 | 基準単価に基準日時点の単位及び調整率を乗じた額(入所系のうち介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院並びに短期入所系の施設は、上段及び下段で算出された額を差し合わせた額に調整率を乗じた額)ただし、基準日以外の期間に単位(定員以外の単位を除く)が変更となる場合は、別途定める方法により算出するものとする。 なお、算出された額に100円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。 | | | | |
| ※1 事業所・施設等について、令和5年9月1日時点かつ令和5年9月30日時点で指定等を受けている者であり、また、 ・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ならないが、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。 ・介護付き有料老人ホームとは、介護保険法における特定施設入居者生活介護事業所又は地域密着型特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けているものをいう。 ・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。 ・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。 ※2 介護保険法第51条の3第1項又は第1条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数(小数点以下四捨五入)。 ※3 対象となる車両は、利用者の訪問等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、直接地価職員の常勤職員の職員数(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。 (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「常勤職員表」により人数を計算するものとする。) | | | | | |

(新設)

別表2 対象サービス種別、基準単価等

| 対象サービス種別(※1) | | 基準単価 | 一月あたりの基準単価 | 単位 |
|---|--|---------|------------|------------------------|
| 入所系 | 1 介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 |
| | 2 地域密着型介護老人福祉施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 |
| | 3 介護老人保健施設 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 |
| | 4 介護医療院 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 |
| | 5 認知症対応型共同生活介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 |
| | 6 養護老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 |
| 7 軽費老人ホーム | 10,000円 | 1,666円 | 定員 | |
| 8 介護付き有料老人ホーム | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| 9 住宅型有料老人ホーム | 5,000円 | 833円 | 定員 | |
| 10 サービス付き高齢者向け住宅 | 5,000円 | 833円 | 定員 ※3 | |
| 短期入所系 | 11 短期入所生活介護事業所 | 10,000円 | 1,666円 | 所得第1から第3段階までの平均利用人数 ※2 |
| | | 5,000円 | 833円 | 定員から上記の人数を差し引いた数 |
| 複合系 | 12 小規模多機能型居宅介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 同一サービスと宿泊サービスの利用定員の合計 |
| | | 5,000円 | 833円 | 同一サービスと宿泊サービスの利用定員の合計 |
| 通所系 | 14 通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 |
| | 15 地域密着型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 |
| | 16 認知症対応型通所介護事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 |
| | 17 通所リハビリテーション事業所 | 5,000円 | 833円 | 定員 |
| 訪問系 | 18 訪問介護事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 19 訪問入浴介護事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 20 訪問看護事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 21 訪問リハビリテーション事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 22 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 23 夜間対応型訪問介護事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 24 居宅療養管理指導事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 25 居宅介護支援事業所 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| | 「令和5年度宮城県障害福祉施設原価価格・物価高騰対策事業補助金交付要綱」別表第1に記載の「訪問系の障害福祉サービス事業所」及び「相談系の障害福祉サービス事業所」 | 5,000円 | — | 車両台数 ※4 |
| 基準日 | 令和5年12月1日 ただし、令和5年12月2日から令和6年1月1日までに指定等を受けた施設等の場合は令和6年1月1日とする。 | | | |
| 調整率 | 令和5年10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5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5年度内の稼働月数が5か月・・・調整率5/6 令和5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5年度内の稼働月数が4か月・・・調整率4/6(2/3) 令和5年12月2日から令和6年1月1日までに運営開始又は休止期間を除いた令和4年度内の稼働月数が3か月・・・調整率3/6(1/2) 休止期間を除いた令和5年度内の稼働月数が2か月・・・調整率2/6(1/3) 休止期間を除いた令和5年度内の稼働月数が1か月・・・調整率1/6 ※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5年10月1日以前から運営している施設等が令和5年10月20日から令和5年11月10日まで休止(11月11日から再開)した場合稼働月数は12月から3月までの4か月とする。 | | | |
| 対象経費 | ○入所系、短期入所系、複合系、通所系 光熱費、燃油購入費、食料購入費 ○訪問系 利用者宅の訪問等に使用する車両に係る燃油等購入費 | | | |
| 助成額 | 基準単価に基準日時点の単位及び調整率を乗じた額(入所系のうち介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設及び介護医療院並びに短期入所系の施設は、上段及び下段で算出された額を差し合わせた額に調整率を乗じた額) ただし、基準日以外の期間に単位(定員以外の単位を除く)が変更となる場合は、別途定める方法により算出するものとする。 なお、算出された額が100円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。 | | | |
| <p>※1 事業所・施設等について、令和6年1月1日時点かつ令和6年3月31日時点で指定等を受けている者であり、また、 ・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のみ指定事業所は対象としないが、訪問系における医療系サービスのみのみ指定事業所は対象とする。 ・市町村及び市町村を構成する団体が運営する(指定管理含む)施設は対象外とする。 ・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。</p> <p>※2 介護保険法第51条の3第1項又は第61条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数(小数点以下四捨五入)とする。</p> <p>※3 老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホームに該当し、かつ介護付き有料老人ホームではないものを対象とする。また、1戸につき定員1人以上で取り扱う。</p> <p>※4 対象となる車両は、利用者宅の訪問等に使用する車両とし、会社及び職員所有の車両のほか増上げ車両を含むが、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(職員が掲げた車両を含む)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精費や手当等として支給していることを要件とし、時給や基本給に含まれる場合は対象とする。また、直営の運転手の稼働率の職員数(4名を1名に設定)と同一に設定し(割合は1人につき1人)を台数の上限とする。 (訪問系における医療系サービスのみのみ指定事業所については、別紙「稼働率調査表」により人数を計算するものとする。)</p> | | | | |

別表1 要綱第5(2)及び(3)の取扱い

| | |
|-----|---|
| 返還額 | <p>第5(2)及び(3)の場合における返還すべき額は、下記のとおりとし、算出された額に100円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てるものとする。なお交付申請の時点で、あらかじめ、休止及び定員の減少が明らかでない場合は、実際の稼働月数及び定員に応じた助成額を算出し交付申請すること。</p> <p>○廃止(令和5年4月1日から令和6年3月31日までに廃止)の場合 全額返還とする。</p> <p>○休止の場合 返還前の助成額から、実際の稼働月数に応じた別表1の「調整率」を用いて算出された助成額を差し引いた額 例:休止の予定の無かった定員30人の通所介護施設が、令和5年9月10日から令和5年9月30日まで休止することとなった場合 返還前の助成額:5,000円×30人=150,000円 実際の稼働月数に応じた助成額:5,000円×30人×調整率5/6=125,000円 →返還額:150,000円-125,000円=25,000円</p> <p>○定員の減少の場合 返還前の助成額から、実際の定員数に応じて算出された助成額を差し引いた額 例:令和5年4月1日から令和5年9月30日まで定員30人の予定であった通所介護施設が、令和5年9月に定員を20人まで減少することとなった場合 返還前の助成額:5,000円×30人=150,000円 実際の稼働月数に応じた助成額:(833円×30人×5か月)+(833円×20人×1か月)=141,610円改め141,600円 →返還額:150,000円-141,600円=8,400円</p> |
|-----|---|

別表2 要綱第5(2)の取扱い

| | |
|-----|--|
| 返還額 | <p>第5(2)の場合における返還すべき額は、下記のとおりとし、算出された額に100円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てるものとする。なお交付申請の時点で、あらかじめ、休止及び定員の減少が明らかでない場合は、実際の稼働月数及び定員に応じた助成額を算出し交付申請すること。</p> <p>○廃止(令和5年4月1日から令和5年9月30日までに廃止)の場合 全額返還とする。</p> <p>○休止の場合 返還前の助成額から、実際の稼働月数に応じた別表1の「調整率」を用いて算出された助成額を差し引いた額 例:休止の予定の無かった定員30人の通所介護施設が、令和5年9月10日から令和5年9月30日まで休止することとなった場合 返還前の助成額:5,000円×30人=150,000円 実際の稼働月数に応じた助成額:5,000円×30人×調整率5/6=125,000円 →返還額:150,000円-125,000円=25,000円</p> <p>○定員の減少の場合 返還前の助成額から、実際の定員数に応じて算出された助成額を差し引いた額 例:令和5年4月1日から令和5年9月30日まで定員30人の予定であった通所介護施設が、令和5年9月に定員を20人まで減少することとなった場合 返還前の助成額:5,000円×30人=150,000円 実際の稼働月数に応じた助成額:(833円×30人×5か月)+(833円×20人×1か月)=141,610円改め141,600円 →返還額:150,000円-141,600円=8,400円</p> |
|-----|--|

別記様式第1号（要綱第2（2）用）

（別記様式第1号）

令和5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

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 | (郵便番号 -) | | |

誓約事項

- | | |
|--------------------------|---|
| <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。 (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。 |

別記様式第1号

（別記様式第1号）

令和5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

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 | (郵便番号 -) | | |

誓約事項

- | | |
|--------------------------|---|
| <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。 (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"/> | 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。 |

| 申請内容 | | | |
|--|------------------------|---------|-----|
| | 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 |
| 訪問系（障害福祉） | 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 |
| 添付書類 (1) 施設別申請額一覧（A及びBのうち該当するもの） (2) 施設別個票（A～Dのうち該当するもの） (3) （訪問系の医療系サービスのみ指定事業所に限る）常勤換算表（別紙3） (4) 口座振込依頼書（振込口座の通帳の写しを含む）（別紙4） | | | |

| 申請内容 | | | |
|--|------------------------|---------|------|
| | 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 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 | 10 小規模多機能型居宅介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 11 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 | 12 通所介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 13 地域密着型通所介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 14 認知症対応型通所介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 15 通所リハビリテーション事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 小 計 | | 0 か所 |
| 訪問系（介護） | 16 訪問介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 17 訪問入浴介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 18 訪問看護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 19 訪問リハビリテーション事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 20 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 21 夜間対応型訪問介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 22 居宅療養管理指導事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 23 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） | 24 居宅介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 25 重度訪問介護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 26 同行援護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 27 行動援護事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 28 自立生活援助事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 29 居宅訪問型児童発達支援事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 30 保育所等訪問支援事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| 小 計 | | 0 か所 | 0 円 |
| 訪問系（障害福祉） | 31 計画相談支援事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 32 障害児相談支援事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 33 地域移行支援事業所 | 0 か所 | 0 円 |
| | 34 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 |
| 添付書類 (1) 施設別申請額一覧（A及びBのうち該当するもの） (2) 施設別個票（A～Dのうち該当するもの） (3) （訪問系の医療系サービスのみ指定事業所に限る）常勤換算表（別紙3） (4) 口座振込依頼書（振込口座の通帳の写しを含む）（別紙4） | | | |

【別紙1A】 施設別申請額一覧A（必ず表の上から順に記載してください。）

・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5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。）
 ・別紙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 | 常勤換算数 | 開設年月日 | 基準月 | 所在地 | 休止期間（年月日） | 調整率 | 申請可能人数 | 基準額 | 申請人数 | 申請額 | 事業結果（進捗状況） |
|----|-----|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|-----------|-----|--------|--------|------|-----|------------|
| 1 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 2 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 3 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 4 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 5 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 6 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 7 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 8 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 9 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 10 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 11 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 12 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 13 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 14 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 15 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 16 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 17 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 18 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 19 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 20 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |
| 21 | 0 | | | 0 | | | | | | | | 5,000円 | 0名 | 0円 | |

【別紙1B】 施設別申請額一覧B（必ず表の上から順に記載してください。）

・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5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。）
 ・別紙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 | 常勤換算数 | 開設年月日 | 基準月 | 所在地 | 休止期間（年月日） | 調整率 | 申請可能人数 | 基準額 | 申請人数 | 申請額 | 事業結果（進捗状況） |
|----|-----|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|-----------|-----|--------|-----|---------|-----|------------|
| 1 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 2 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 3 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 4 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 5 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 7 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 8 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 9 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 11 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 12 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 13 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 14 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 16 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 17 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 18 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 19 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 21 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 22 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 23 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 24 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 25 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 26 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 27 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 28 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 29 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 31 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 32 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 33 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 34 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 35 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 36 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 37 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 38 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 39 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |
| 40 | | | | | | | | | | | | | 0.0000円 | 0名 | 0円 |

施設別領票C(別紙2C) 区分I 施設 助成額算出票

「申請票一覧表」№。 _____ 法人本部が提出時に記載

(1) 基本情報
青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5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) | |

(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 | |
|---------|-----------|---------------|--------|
| | | 第1・第2・第3段階の人数 | 平均利用人数 |
| | 2023/1/1 | | 人 |
| | 2023/1/2 | | 人 |
| | 2023/1/3 | | 人 |
| | 2023/1/4 | | 人 |
| | 2023/1/5 | | 人 |
| | 2023/1/6 | | 人 |
| | 2023/1/7 | | 人 |
| | 2023/1/8 | | 人 |
| | 2023/1/9 | | 人 |
| | 2023/1/10 | | 人 |
| | 2023/1/11 | | 人 |
| | 2023/1/12 | | 人 |
| | 2023/1/13 | | 人 |
| | 2023/1/14 | | 人 |
| | 2023/1/15 | | 人 |
| | 2023/1/16 | | 人 |
| | 2023/1/17 | | 人 |
| | 2023/1/18 | | 人 |
| | 2023/1/19 | | 人 |
| | 2023/1/20 | | 人 |
| | 2023/1/21 | | 人 |
| | 2023/1/22 | | 人 |
| | 2023/1/23 | | 人 |
| | 2023/1/24 | | 人 |
| | 2023/1/25 | | 人 |
| | 2023/1/26 | | 人 |
| | 2023/1/27 | | 人 |
| | 2023/1/28 | | 人 |
| | 2023/1/29 | | 人 |
| | 2023/1/30 | | 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※: 2023年12月1日 ※2023年12月1日までに指定等を受けた場合は「2023年12月1日」、2023年12月2日から2024年1月1日までに指定等を受けた場合は「2024年1月1日」となります(2024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。)

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、2023年12月2日以後に開設した(=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 | 2023年 | | | 2024年 | | |
|---------|-------|-----|-----|-------|----|----|
| | 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 | | | | | | |
| ③-① | | | | | | |
| 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 |
|--------------------------|-----------------|
| 2023年10月2日から2023年11月1日まで | 10月 |
| 2023年11月2日から2023年12月1日まで | 10月及び11月 |
| 2023年12月2日から2024年1月1日まで | 10月から12月まで |

施設別領票C(別紙2C) 区分I 施設 助成額算出票

「申請票一覧表」№。 _____ 法人本部が提出時に記載

(1) 基本情報
青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5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) | |

(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 | |
|---------|-----------|---------------|--------|
| | | 第1・第2・第3段階の人数 | 平均利用人数 |
| | 2023/7/1 | | 人 |
| | 2023/7/2 | | 人 |
| | 2023/7/3 | | 人 |
| | 2023/7/4 | | 人 |
| | 2023/7/5 | | 人 |
| | 2023/7/6 | | 人 |
| | 2023/7/7 | | 人 |
| | 2023/7/8 | | 人 |
| | 2023/7/9 | | 人 |
| | 2023/7/10 | | 人 |
| | 2023/7/11 | | 人 |
| | 2023/7/12 | | 人 |
| | 2023/7/13 | | 人 |
| | 2023/7/14 | | 人 |
| | 2023/7/15 | | 人 |
| | 2023/7/16 | | 人 |
| | 2023/7/17 | | 人 |
| | 2023/7/18 | | 人 |
| | 2023/7/19 | | 人 |
| | 2023/7/20 | | 人 |
| | 2023/7/21 | | 人 |
| | 2023/7/22 | | 人 |
| | 2023/7/23 | | 人 |
| | 2023/7/24 | | 人 |
| | 2023/7/25 | | 人 |
| | 2023/7/26 | | 人 |
| | 2023/7/27 | | 人 |
| | 2023/7/28 | | 人 |
| | 2023/7/29 | | 人 |
| | 2023/7/30 | | 人 |
| | 2023/7/31 | | 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※: 2023年8月1日 ※2023年8月1日までに指定等を受けた場合は「2023年8月1日」、2023年8月2日から2023年9月1日までに指定等を受けた場合は「2023年9月1日」となります(2023年9月2日以後に指定等を受けた場合は本補助金は対象外となります。)

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、2023年8月2日以後に開設した(=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 | 2023年 | | | | |
|---------|-------|----|----|----|----|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 |
| 休止の有無 | | | | | |
| ①平均利用人数 | | | | | |
| ②定員 | | | | | |
| ③-① | | | | | |
| 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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

施設別個票D (別紙2D) 区分II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5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 | <input type="text"/> | | | 事業所・施設名 | <input type="text"/> |
| 介護保険事業所番号 | <input type="text"/> | | サービス種別 | <input type="text"/> | |
| 事業所所在地 | 郵便番号 | <input type="text"/> | | | |
| | 住所 | <input type="text"/> | | | |
| 開設日(指定等を受けた日) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間1(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間2(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間3(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間4(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間5(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |

(2) 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※ ※2023年12月1日までに指定等を受けた場合は「2023年12月1日」、2023年12月2日から2024年1月1日までに指定等を受けた場合は「2024年1月1日」となります(2024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。)

・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、2023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 | 2023年 | | | 2024年 | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 |
| 休止の有無 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 定員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 月あたり助成額 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 |
|--------------------------|-----------------|
| 2023年10月2日から2023年11月1日まで | 10月 |
| 2023年11月2日から2023年12月1日まで | 10月及び11月 |
| 2023年12月2日から2024年1月1日まで | 10月から12月まで |

施設別個票D(別紙2D) 区分II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5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 | <input type="text"/> | | | 事業所・施設名 | <input type="text"/> |
| 介護保険事業所番号 | <input type="text"/> | | サービス種別 | <input type="text"/> | |
| 事業所所在地 | 郵便番号 | <input type="text"/> | | | |
| | 住所 | <input type="text"/> | | | |
| 開設日(指定等を受けた日) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間1(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間2(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間3(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間4(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |
| 休止期間5(あれば記載) | <input type="text"/> | | | | |

(2) 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※ ※2023年8月1日までに指定等を受けた場合は「2023年8月1日」、2023年8月2日から2023年9月1日までに指定等を受けた場合は「2023年9月1日」となります。(2023年9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。)

・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、2023年4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 | 2023年 | | | | | |
|---------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 休止の有無 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 定員 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 月あたり助成額 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

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

「申請額一覧B」No. _____

↓各事業所が記載

| | | | |
|-----------|---------|--------|--|
| 法人名 | 事業所・施設名 | | |
| 介護保険事業所番号 | 郵便番号 | サービス種別 | |
| 事業所所在地 | 住所 | | |

| | | |
|---------|------|---------|
| | 常勤換算 | 申請可能車両数 |
| 常勤専従 | 0 | 0 |
| 常勤専従でない | 0 | 0 |
| 常勤換算 | 0 | 0 |

| 連番 | 名前 | 勤務形態 | ○月の勤務時間 (介護分として従事した時間に限る) | 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 |
| 21 | | | | 0 |
| 22 | | | | 0 |
| 23 | | | | 0 |
| 24 | | | | 0 |
| 25 | | | | 0 |
| 26 | | | | 0 |
| 27 | | | | 0 |
| 28 | | | | 0 |
| 29 | | | | 0 |
| 30 | | | | 0 |

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

0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

0時間

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

「申請額一覧B」No. _____

↓各事業所が記載

| | | | |
|-----------|---------|--------|--|
| 法人名 | 事業所・施設名 | | |
| 介護保険事業所番号 | 郵便番号 | サービス種別 | |
| 事業所所在地 | 住所 | | |

| | | |
|---------|------|---------|
| | 常勤換算 | 申請可能車両数 |
| 常勤専従 | 0 | 0 |
| 常勤専従でない | 0 | 0 |
| 常勤換算 | 0 | 0 |

| 連番 | 名前 | 勤務形態 | ○月の勤務時間 (介護分として従事した時間に限る) | 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 |
| 21 | | | | 0 |
| 22 | | | | 0 |
| 23 | | | | 0 |
| 24 | | | | 0 |
| 25 | | | | 0 |
| 26 | | | | 0 |
| 27 | | | | 0 |
| 28 | | | | 0 |
| 29 | | | | 0 |
| 30 | | | | 0 |

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

0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

0時間

(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5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 | | 銀行 | | 支店 |
| 金融機関名・支店名 | 信用金庫 | 農協 | 営業部 | 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 | 該当する方について「○」をリストから選択してください。 | | | |
| 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

※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。

(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5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 | | 銀行 | | 支店 |
| 金融機関名・支店名 | 信用金庫 | 農協 | 営業部 | 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 | 該当する方について「○」をリストから選択してください。 | | | |
| 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

※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。

別記様式第1号（要綱第2（2）用）

（別記様式第1号）

令和5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

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 | (郵便番号 -) | | |
| | | | | |

誓約事項

- 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。
- 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。
 (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。)
- この補助金に係る証拠書類を適切に整備保管する。
- この申請書に記載した事項については事実と相違ない。
- 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。
- 県税に未納がない。
- 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。
- 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。

別記様式第1号

（別記様式第1号）

令和5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

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 | (郵便番号 -) | | |
| | | | | |

誓約事項

- 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。
- 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。
 (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。)
- この補助金に係る証拠書類を適切に整備保管する。
- この申請書に記載した事項については事実と相違ない。
- 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。
- 県税に未納がない。
- 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。

| 申請内容 | | | |
|--|-----------|---------------------|----------|
| 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 |
| 小 計 | | 0 か所 | 0 円 |
| 複合系 | 10 | 小規模多機能型居宅介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 11 | 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 | 12 | 通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 13 | 地域密着型通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 14 | 認知症対応型通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 15 | 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） | 16 | 訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 17 | 訪問入浴介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 18 | 訪問看護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 19 | 訪問リハビリテーション事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 20 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 21 | 夜間対応型訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 22 | 居宅療養管理指導事業所 | 0 か所 0 円 |
| 23 | 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） | 24 | 居宅介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 25 | 重度訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 26 | 同行援護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 27 | 行動援護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 28 | 自立生活援助事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 29 | 居宅訪問型児童発達支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 30 | 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（障害福祉） | 31 | 計画相談支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 32 | 障害児相談支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 33 | 地域移行支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 34 | 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 |
| 添付書類 (1) 施設別申請額一覧（A及びBのうち該当するもの） (2) 施設別個票（A～Dのうち該当するもの） (3) 訪問系の医療系サービスみなし指定事業所に限る）常動換算表（別紙3） (4) 口座振込依頼書（振込口座の通帳の写しを含む）（別紙4） | | | |

| 申請内容 | | | |
|--|-----------|---------------------|----------|
| 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 | 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 | 10 | 小規模多機能型居宅介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 11 | 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 | 12 | 通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 13 | 地域密着型通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 14 | 認知症対応型通所介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 15 | 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） | 16 | 訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 17 | 訪問入浴介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 18 | 訪問看護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 19 | 訪問リハビリテーション事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 20 | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 21 | 夜間対応型訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 22 | 居宅療養管理指導事業所 | 0 か所 0 円 |
| 23 | 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） | 24 | 居宅介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 25 | 重度訪問介護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 26 | 同行援護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 27 | 行動援護事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 28 | 自立生活援助事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 29 | 居宅訪問型児童発達支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 30 | 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（障害福祉） | 31 | 計画相談支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 32 | 障害児相談支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 33 | 地域移行支援事業所 | 0 か所 0 円 |
| | 34 | 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 |
| 添付書類 (1) 施設別申請額一覧（A及びBのうち該当するもの） (2) 施設別個票（A～Dのうち該当するもの） (3) 訪問系の医療系サービスみなし指定事業所に限る）常動換算表（別紙3） (4) 口座振込依頼書（振込口座の通帳の写しを含む）（別紙4） | | | |

| | | | | | |
|-----------------------|------------|-----------|---|--------|---|
| 施設別個票A (別紙2A) | | | | | |
| 事業所・施設 の 状 況 | 介護保険事業所番号 | | | | |
| | 事業所・施設の名 | 開設日 | 年 | 月 | 日 |
| | サービス種別 | 定員 | 人 | ※基準日時点 | |
| | 事業所・施設の所在地 | (郵便番号 -) | | | |

| | | | | | |
|-------|-----------|------|-----|-----|-----|
| 基準日 | 基準日における定員 | 基準単価 | 算定額 | 調整率 | 申請額 |
| 補助対象外 | 人 | 円 | 円 | | 円 |

<所要額の積算内訳>
 ○休止期間 (令和5年度中に休止した期間があれば記載してください。なお、ここでいう「休止期間」とは、届出があった期間を指します。)
 1 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 2 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 3 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 4 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 5 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

○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
 ※令和5年7月(令和5年7月2日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和5年8月、令和5年8月2日から令和5年9月1日までに指定等を受けた施設等の場合は令和5年9月1日から9月30日)における、介護保険法第51条の3第1項又は第61条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数をいう。

| 日付 | 所得段階 第1・第2・第3段階の人数 | |
|------|-----------------------|---|
| | 人 | 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すること。 (R5セルで、上記以外のサービス種別を選択した場合は、この表は非表示となります。) 介護保険法第51条の3第1項又は第61条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる低所得者(介護保険法施行規則第83条の5又は第97条の3に規定する所得段階が第1・第2・第3段階の者)の各日の利用人数 |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| | 人 | |
| 期中平均 | 0.000000000 | 人 |

| | | | | | |
|-------|-----------|----------|------|-----|-----|
| 基準日 | 基準日における定員 | 基準単価 | 対象人数 | 小計 | 算定額 |
| 補助対象外 | 人 | 10,000 円 | 0 人 | 0 円 | 0 円 |
| | | 5,000 円 | 0 人 | 0 円 | |

| | | | | | |
|-----------------------|------------|-----------|---|--------|---|
| 施設別個票A (別紙2A) | | | | | |
| 事業所・施設 の 状 況 | 介護保険事業所番号 | | | | |
| | 事業所・施設の名 | 開設日 | 年 | 月 | 日 |
| | サービス種別 | 定員 | 人 | ※基準日時点 | |
| | 事業所・施設の所在地 | (郵便番号 -) | | | |

| | | | | | |
|----------|-----------|------|-----|-----|-----|
| 基準日 | 基準日における定員 | 基準単価 | 算定額 | 調整率 | 申請額 |
| 2023/8/1 | 人 | 円 | 円 | | 円 |

<所要額の積算内訳>
 ○休止期間 (令和5年度中に休止した期間があれば記載してください。なお、ここでいう「休止期間」とは、届出があった期間を指します。)
 1 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 2 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 3 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 4 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
 5 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで

○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
 ※令和5年7月(令和5年7月2日以降に指定等を受けた施設等の場合は令和5年8月、令和5年8月2日から令和5年9月1日までに指定等を受けた施設等の場合は令和5年9月1日から9月30日)における、介護保険法第51条の3第1項又は第61条の3第1項に規定する特定入所者介護(予防)サービスの対象となる所得段階が第1・第2・第3段階の者の1日当たりの平均利用人数をいう。

| 日付 | 所得段階 第1・第2・第3段階の人数 | |
|-----------|-----------------------|---|
| 2023/7/1 | | 人 |
| 2023/7/2 | | 人 |
| 2023/7/3 | | 人 |
| 2023/7/4 | | 人 |
| 2023/7/5 | | 人 |
| 2023/7/6 | | 人 |
| 2023/7/7 | | 人 |
| 2023/7/8 | | 人 |
| 2023/7/9 | | 人 |
| 2023/7/10 | | 人 |
| 2023/7/11 | | 人 |
| 2023/7/12 | | 人 |
| 2023/7/13 | | 人 |
| 2023/7/14 | | 人 |
| 2023/7/15 | | 人 |
| 2023/7/16 | | 人 |
| 2023/7/17 | | 人 |
| 2023/7/18 | | 人 |
| 2023/7/19 | | 人 |
| 2023/7/20 | | 人 |
| 2023/7/21 | | 人 |
| 2023/7/22 | | 人 |
| 2023/7/23 | | 人 |
| 2023/7/24 | | 人 |
| 2023/7/25 | | 人 |
| 2023/7/26 | | 人 |
| 2023/7/27 | | 人 |
| 2023/7/28 | | 人 |
| 2023/7/29 | | 人 |
| 2023/7/30 | | 人 |
| 2023/7/31 | | 人 |
| 期中平均 | 0.000000000 | 人 |

| | | | | | |
|----------|-----------|----------|------|-----|-----|
| 基準日 | 基準日における定員 | 基準単価 | 対象人数 | 小計 | 算定額 |
| 2023/8/1 | 人 | 10,000 円 | 0 人 | 0 円 | 0 円 |
| | | 5,000 円 | 人 | 円 | |

【別紙1B】 施設別申請額一覧B（必ず表の上から順で記載してください。）

・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5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のみ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 | 常勤換算数 | 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 | 事業結果（過去3年度） |
|-----|-----|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|-----------|-----|--------|-----|------|-----|-------------|
| 1 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 2 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 3 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 4 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 5 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 6 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 7 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 8 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 9 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 10 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 11 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 12 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 13 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 14 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 15 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 16 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 17 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 18 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 19 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 20 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 21 | 0 | | | 0 | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |

【別紙1B】 施設別申請額一覧B（必ず表の上から順で記載してください。）

・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5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のみ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 | 常勤換算数 | 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 | 事業結果（過去3年度） |
|-----|-----|-------|------|-----------|-------|-------|-----|-----|-----------|-----|--------|-----|------|-----|-------------|
| 1 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 2 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 3 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 4 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 5 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 6 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 7 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 8 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 9 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 10 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 11 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 12 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 13 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 14 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 15 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 16 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 17 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 18 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 19 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 20 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 21 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 22 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 23 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 24 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 25 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 26 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 27 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 28 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 29 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 30 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 31 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 32 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 33 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 34 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 35 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 36 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 37 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 38 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 39 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |
| 40 | | | | | | | | | | | 3,000円 | 0台 | 0円 | | |

施設別領票C (別紙2C) 区分1 施設 助成額算出票

「申請書一覧」No. _____ 一法人本部が提出時に記載

(1) 基本情報

青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5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) | |

(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 第1・第2・第3段階の人数 |
|------|-----------|-----------------------|
| | 2023/7/1 | 人 |
| | 2023/7/2 | 人 |
| | 2023/7/3 | 人 |
| | 2023/7/4 | 人 |
| | 2023/7/5 | 人 |
| | 2023/7/6 | 人 |
| | 2023/7/7 | 人 |
| | 2023/7/8 | 人 |
| | 2023/7/9 | 人 |
| | 2023/7/10 | 人 |
| | 2023/7/11 | 人 |
| | 2023/7/12 | 人 |
| | 2023/7/13 | 人 |
| | 2023/7/14 | 人 |
| | 2023/7/15 | 人 |
| | 2023/7/16 | 人 |
| | 2023/7/17 | 人 |
| | 2023/7/18 | 人 |
| | 2023/7/19 | 人 |
| | 2023/7/20 | 人 |
| | 2023/7/21 | 人 |
| | 2023/7/22 | 人 |
| | 2023/7/23 | 人 |
| | 2023/7/24 | 人 |
| | 2023/7/25 | 人 |
| | 2023/7/26 | 人 |
| | 2023/7/27 | 人 |
| | 2023/7/28 | 人 |
| | 2023/7/29 | 人 |
| | 2023/7/30 | 人 |
| | 2023/7/31 | 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 | 2023年8月1日 | ※2023年12月1日までに指定等を受けた場合は「2023年12月1日」、2023年12月3日から2024年1月1日までに指定等を受けた場合は「2024年1月1日」となります。(2024年1月1日以降に指定等を受けた場合は本補助金対象外となります。) |
| 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、2023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 | 2023年 | | | | | | |
|---------|-------|----|----|----|----|----|----|
| | 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 休止の有無 | | | | | | | |
| ①平均利用人数 | | | | | | | |
| ②定員 | | | | | | | |
| ③-① | | | | | | | |
| 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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

施設別領票C(別紙2C) 区分I 施設 助成額算出票

「申請書一覧」No. _____ 一法人本部が提出時に記載

(1) 基本情報

青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5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) | |

(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 第1・第2・第3段階の人数 |
|------|-----------|-----------------------|
| | 2023/7/1 | 人 |
| | 2023/7/2 | 人 |
| | 2023/7/3 | 人 |
| | 2023/7/4 | 人 |
| | 2023/7/5 | 人 |
| | 2023/7/6 | 人 |
| | 2023/7/7 | 人 |
| | 2023/7/8 | 人 |
| | 2023/7/9 | 人 |
| | 2023/7/10 | 人 |
| | 2023/7/11 | 人 |
| | 2023/7/12 | 人 |
| | 2023/7/13 | 人 |
| | 2023/7/14 | 人 |
| | 2023/7/15 | 人 |
| | 2023/7/16 | 人 |
| | 2023/7/17 | 人 |
| | 2023/7/18 | 人 |
| | 2023/7/19 | 人 |
| | 2023/7/20 | 人 |
| | 2023/7/21 | 人 |
| | 2023/7/22 | 人 |
| | 2023/7/23 | 人 |
| | 2023/7/24 | 人 |
| | 2023/7/25 | 人 |
| | 2023/7/26 | 人 |
| | 2023/7/27 | 人 |
| | 2023/7/28 | 人 |
| | 2023/7/29 | 人 |
| | 2023/7/30 | 人 |
| | 2023/7/31 | 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 2023年8月1日 ※2023年8月1日までに指定等を受けた場合は「2023年8月1日」、2023年8月2日から2023年9月1日までに指定等を受けた場合は「2023年9月1日」となります。(2023年9月2日以降に指定等を受けた場合は本補助金対象外となります。)

・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、2023年8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 | 2023年 | | | | | | |
|---------|-------|----|----|----|----|----|----|
| | 月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 休止の有無 | | | | | | | |
| ①平均利用人数 | | | | | | | |
| ②定員 | | | | | | | |
| ③-① | | | | | | | |
| 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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

施設別個票D (別紙2D) 区分Ⅱ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5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 |
| 開設日(指定等を受けた日) | | |
| 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) | | |

(2) 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※ | 2023年8月1日 | ※2023年8月1日までに指定等を受けた場合は「2023年8月1日」、2023年8月2日から2023年9月1日までに指定等を受けた場合は「2023年9月1日」となります。(2023年9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、2023年4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 | 2023年 | | | | | |
|---------|-------|----|----|----|----|----|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 休止の有無 | | | | | | |
| 定員 | | | | | | |
| 月あたり助成額 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

施設別個票D(別紙2D) 区分Ⅱ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5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 |
| 開設日(指定等を受けた日) | | |
| 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) | | |

(2) 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※ | 2023年9月1日 | ※2023年8月1日までに指定等を受けた場合は「2023年8月1日」、2023年8月2日から2023年9月1日までに指定等を受けた場合は「2023年9月1日」となります。(2023年9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、2023年4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 | 2023年 | | | | | |
|---------|-------|----|----|----|----|----|
| | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 休止の有無 | | | | | | |
| 定員 | | | | | | |
| 月あたり助成額 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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 |
|------------------------|-----------------|
| 2023年4月2日から2023年5月1日まで | 4月 |
| 2023年5月2日から2023年6月1日まで | 4月及び5月 |
| 2023年6月2日から2023年7月1日まで | 4月から6月まで |
| 2023年7月2日から2023年8月1日まで | 4月から7月まで |
| 2023年8月2日から2023年9月1日まで | 4月から8月まで |

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

「申請額一覧B」No. _____

↑各事業所が記載
 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 _____

| | 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 | — | 0 |

| 連番 | 名前 | 勤務形態 | ○月の勤務時間 (介護分として従事した時間 に据る) | 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 |
| 21 | | | | 0 |
| 22 | | | | 0 |
| 23 | | | | 0 |
| 24 | | | | 0 |
| 25 | | | | 0 |
| 26 | | | | 0 |
| 27 | | | | 0 |
| 28 | | | | 0 |
| 29 | | | | 0 |
| 30 | | | | 0 |

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

0 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

0 時間

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

「申請額一覧B」No. _____

↑各事業所が記載
 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 _____

| | 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 | — | 0 |

| 連番 | 名前 | 勤務形態 | ○月の勤務時間 (介護分として従事した時間 に据る) | 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 |
| 21 | | | | 0 |
| 22 | | | | 0 |
| 23 | | | | 0 |
| 24 | | | | 0 |
| 25 | | | | 0 |
| 26 | | | | 0 |
| 27 | | | | 0 |
| 28 | | | | 0 |
| 29 | | | | 0 |
| 30 | | | | 0 |

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

0 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

0 時間

(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5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) | | |

該当するものについて「○」をリストから選択して

該当する方について「○」をリストから選択してください。

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

※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。

(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5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) | | |

該当するものについて「○」をリストから選択して

該当する方について「○」をリストから選択してください。

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

※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。

附 則

この要綱は、令和5年12月25日から施行する。