

施設内療養支援金 申請要領

～申請書の書き方～

様式第1号 (第4条関係) 令和5年12月1日

堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金支給申請書

堺 市 長 殿

入所施設等の入所者が新型コロナウイルス感染症に罹患し、一定期間施設内で療養することになったため、堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金を申請します。

1 申請者の情報

法人の所在地	〒 ●●●●-●●●● 堺市堺区南瓦町3番1号
フリガナ	カブシキガイシャサカイ
法人名	株式会社堺
代表者氏名 (役職及び氏名)	代表取締役 堺太郎 印
施設の所在地	〒 ●●●●-●●●● 堺市堺区南瓦町3番1号
フリガナ	ショウガイシャシエンシセツサカイ
施設名	障害者支援施設堺

2 申請金額

申請金額	300,000 円
------	-----------

3 施設の種類の種類
(該当する□にチェック)

大分類	小分類
障害者施設	<input checked="" type="checkbox"/> 障害者支援施設、 <input type="checkbox"/> 共同生活援助事業所、 <input type="checkbox"/> 短期入所事業所、 <input type="checkbox"/> 自立訓練事業所 (宿泊を伴うものに限る。)
児童・母子施設	<input type="checkbox"/> 児童養護施設、 <input type="checkbox"/> 母子生活支援施設、 <input type="checkbox"/> 小規模住居型児童養育事業、 <input type="checkbox"/> 地域小規模児童養護施設、 <input type="checkbox"/> 分園型小規模グループケア、 <input type="checkbox"/> 小規模分園型 (サテライト型) 母子生活支援施設
保護施設	<input type="checkbox"/> 救護施設

4 施設内療養の実施内容

①対象者	②対象期間	③②のうち施設内療養を行った日
堺 花子	2023/4/1～2023/4/11	2023/4/1～2023/4/3
堺 一郎	2023/4/10～2023/4/17	2023/4/10～2023/4/16

5 支援金振込口座に関する情報
施設内療養支援金については、下記の口座に振り込んでいただくようお願いします。

金融機関名	堺銀行	金融機関コード	●	●	●	●
支店名	堺 支店	支店コード	●	●	●	●
預金種目	1.普通 2.当座 3.その他	口座番号	●	●	●	●
振込先名義(カタカナ)	カブシキガイシャサカイ 株式会社堺					

(※) 振込先名義は、「1 申請者の情報」に記載した法人の口座名を記載してください。

①申請日の日付を入力してください。

②法人の所在地、法人名（フリガナ）、代表者氏名（役職を記載のうえ、代表者印を押印ください）、施設の所在地及び施設名（フリガナ）を記載してください。

③申請金額を記載してください。

Q 「2 申請金額」はどのように記載すればよいですか。

A ★療養対象期間が令和5年5月7日までの場合

1人につき、「4 施設内療養の実施内容」の「③②のうち施設内療養を行った日」欄の日数に、療養対象期間が30,000円を乗じた額となります。

(例)

①対象者	②対象期間	③②のうち施設内療養を行った日
A	2023/4/1～2023/4/11	2023/4/1～2023/4/3（3日間）
B	2023/4/10～2023/4/17	2023/4/10～2023/4/16（7日間）

Aさん：3日間 × 30,000円 = 90,000円

Bさん：7日間 × 30,000円 = 210,000円

90,000円 + 210,000円 = 300,000円 ←申請金額

★療養対象期間が令和5年5月8日以降の場合

「堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金受給に係る確認リスト（様式第4号）」の記入例を参考にいただき、確認リストに表示された申請額を記入してください。

※対象者数が多く、申請書に収まりきらない場合は適宜行を追加、又は申請書にこの表の別紙を添付する等を行ってください。

④該当する施設の種類の種類にチェックしてください。

⑤対象者、対象期間及び施設内療養を行った日を記載してください。

Q 「4 施設内療養の実施内容」の「②対象期間」には何の期間を記載すればよいですか。

A ★療養対象期間が令和5年5月7日までの場合

堺市ホームページでお示している「療養期間の考え方」と同じです。

★療養対象期間が令和5年5月8日以降の場合

新型コロナウイルス感染症に罹患した場合は発症日から5日を経過する日までです。

無症状で陽性になられた方は検体採取日から5日を経過する日までです。

⑥振込先の金融機関口座を記入してください。

～その他～

Q1 申請金額は何円ですか。

A1 申請金額は、療養対象期間に応じて以下のとおりとなります。

療養対象期間	申請金額
令和5年5月7日まで	陽性者1人あたり、1日30,000円

療養対象期間	施設規模	同一日の陽性者数	申請金額
令和5年5月8日以降	小規模施設 (定員29人以下)	1人	陽性者1人あたり、1日10,000円
	大規模施設 (定員30人以上)	1～4人	
	小規模施設 (定員29人以下)	2人以上	陽性者1人あたり、1日20,000円
	大規模施設 (定員30人以上)	5人以上	

療養対象期間	施設規模	同一日の陽性者数	申請金額
令和5年10月1日以降	小規模施設 (定員29人以下)	1～3人	陽性者1人あたり、1日5,000円
	大規模施設 (定員30人以上)	1～9人	
	小規模施設 (定員29人以下)	4人以上	陽性者1人あたり、1日10,000円
	大規模施設 (定員30人以上)	10人以上	

Q2 申請に必要な書類は何ですか。

A2 申請書類についても、療養対象期間に応じて以下のとおりとなります。

療養対象期間	申請書類
令和5年5月7日まで	① 堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金支給申請書（様式第1号） ② 堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金受給に係る誓約書・同意書（様式第2号）
令和5年5月8日以降	① 堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金支給申請書（様式第1号） ② 堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金受給に係る誓約書・同意書（様式第2号） ③ 誓約書・同意書、堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援

	金受給に係るチェックリスト（様式第3号） ④ 堺市障害者・児童・母子・保護施設に係る施設内療養支援金受給に係る確認リスト（様式第4号）
--	--

療養対象期間が令和5年5月8日以降の場合、上記書類に加え、新型コロナウイルス感染症にり患したとわかる書類（PCR検査や抗原検査の陽性の結果の写真、医師の診断書や診療明細書等）と本人確認書類の写しも一緒に提出をしてください。

※やむを得ない事由により、新型コロナウイルス感染症にり患したとわかる書類を用意できない場合は、個別に御相談ください。

Q3 申請をするにあたって条件はありますか。

A3 療養対象期間が令和5年5月8日以降の方の場合、下記の条件をすべて満たしている必要があります。

- ・次に掲げる対応の全てを行う医療機関を確保していること
 - 入所施設等からの電話等による相談への対応
 - 入所施設等への往診（オンライン診療を含む。）
 - 入院の要否の判断及び入院調整
- ・感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を実施していること
- ・希望する入所者へのオミクロン株対応ワクチンの接種を実施していること