（様式第４－２号）

**応援職員への補助対象経費等について**

**（１）社会福祉施設等への応援職員派遣支援事業費補助金交付要綱**

|  |  |
| --- | --- |
| 補助対象経費 | 補助基準額等 |
| 旅　費 | 応援職員の派遣に係る交通費（実費分）とする。  ・ 自宅 ⇔ 派遣先（応援要請施設）  ・ 派遣先（応援要請施設）⇔ 宿泊施設 [応援期間中宿泊する場合]  ・ タクシー利用の場合は実費（乗車料金を証明する領収書等）  ・ 自家用車の場合は、１㎞ につき37円 |
| 宿泊費 | 1人・１日あたり 8,000円を上限とする。  [応援期間中] 宿泊を希望する場合  [応援終了後] PCR検査結果が判明するまでに必要な期間 |
| 衛生用品費 | １人・１日あたり 8,000円を上限とする。  ※応援派遣に必要となる衛生用品は、派遣先（応援要請施設）において  準備することを基本としています。 |
| 保険料 | １人・１派遣あたり 5,000円を上限とする。  ※応援職員の事故等に備えて加入する傷害保険料等 |
| ＰＣＲ検査費 | １人・１派遣１回あたり 40,000円を上限とする。  　※PCR検査に係る費用（証明書を含む）を対象 |

◆　補助対象経費のうち、上限額（旅費を除く）と実支出額を比較して、低い額を補助額とする。

◆　他の補助事業等から重複して補助金の交付を受けてはならない。

**（２）　その他の支援**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　目 | 内　　　　　容 |
| 謝礼金 |  |
| 時間外勤務手当 |  |

注　応援職員の本給（賃金）等は、応援協力施設のご負担となります。

注　応援派遣に係る上記の費用は、派遣終了後に応援協力施設の請求に基づき精算します。