

これは対象経費が「令和4年度」に係る申請分の様式です。

「令和3年度」に係る対象経費の申請については別の様式で申請が必要ですので注意してください。

本申請書の使い方

手順	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業	作業の注意点
1	堺市ホームページから様式をダウンロードする。	堺市ホームページから様式をダウンロードする。	このファイルには、様式第2号、第3号、個表のシートがあります。各シートの着色セルに入力又は選択することで、作成が可能となっています。手順2以下の内容と各シートの記載例をよく読んで、作成してください。
2	（法人本部で各事業所の管理を行っている場合、右記作業を法人本部で行っても差し支えありません。）	個表様式の着色セルに必要な事項を入力（水色セル：必要情報の入力・該当する取組内容のチェック、緑色セル：クリックしてプルダウンから選択）し、事業者（法人本部）へ送付する。	個表の入力内容が、様式第2号、第3号へ自動で反映されます。記載例をよく読んで、漏れのないよう入力してください。 また、着色セル以外は入力不要です。誤って入力すると、数式が崩れてしまい、様式第2号、第3号へ正しく反映されません。 ※事業が複数ある場合は、対象のシートをコピーし、それぞれ作成してください。
3	各事業所から回収した個表の入力内容を確認する。		再度、入力漏れ等がないか確認してください。
4	各事業所の個表のシート名を「個表●」（●は1からの通し番号）に修正する。 例）個表1、個表2、個表3…、個表10		この作業を正しく行わなければ、様式第2号、第3号へ反映されません。 左記例のとおり、シート名を設定してください。 シート名が重複しないよう注意してください。
5	シート名を修正した個表を一つのExcelファイルに集約する。		この作業により、個表の入力内容が様式第2号、第3号のシートへ反映されます。
6	様式第3号に全事業所分が正しく反映されているか確認する（15事業所以上ある場合には、シートの6行目～15行目（No.の数字ではありません。）を行ごとコピーし、16行目に右クリック→「コピーしたセルの挿入」で挿入すること。挿入後「No.」列の通し番号を修正する。）。 様式第3号の記入欄（水色セル）に必要な事項を記入		正しく反映されていない場合、個表のシート名を再度確認してください。 （「No.」列の通し番号を修正しなければ、個表の内容が正しく反映されません。） 様式第3号の団体名（水色セル）の入力漏れがないよう、注意してください。
7	個表及び様式第3号の内容が様式第2号にも正しく反映されていることを確認するとともに、様式第2号の記入欄（水色セル）に必要な事項を記入する。		様式第2号の日付及び団体名（水色セル）の入力漏れがないよう、注意してください。
8	完成したExcelファイル及びその他申請書類を堺市に郵送する。		様式第2号、第3号及び個表全てを提出してください。 提出前に、必ず堺市ホームページに記載の「問合せ先」まで連絡してください。

令和4年度経費

対象経費総括表

令和●年●月●●日

団体名 ●●法人 ■■

申請内容

サービス種別		助成対象		1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援		2 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援	
		事業所・施設数	申請（実績）額	事業所・施設数	申請（実績）額		
通所系	療養介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	生活介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	就労移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	就労継続支援A型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	就労継続支援B型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	医療型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	放課後等デイサービス	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
短期入所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円			
入所・居住系	施設入所支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	共同生活援助（介護サービス包括型）	1 か所	335 千円	1 か所	50 千円		
	共同生活援助（日中サービス支援型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	共同生活援助（外部サービス利用型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	福祉型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
医療型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円			
訪問系	居宅介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	重度訪問介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	同行援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	行動援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	就労定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	自立生活援助	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
保育所等訪問支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円			
相談系	計画相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	地域移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	地域定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
	障害児相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
小計		1 か所	335 千円	1 か所	50 千円		
合計（1+2）					385 千円		

No.	事業所番号	施設・事業所名	サービス種別	1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援			2 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援			申請額計(g)	備考
				基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要額(e)	申請額(f)		
1	2726◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆	〇〇〇事業所	共同生活援助(介護サービス包括型)	335	341	335	167	50	50	385	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計						335			50	385	

(注)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。
- 2 「基準単価(a)」及び「基準単価(d)」は、「堺市新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援補助金交付要綱」の別添1に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は様式第4号(1)及び(2)の所要額に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4 「申請額(c)」は、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。

団体名	●●●法人 ■■
-----	----------

施設・事業所の状況	フリガナ	〇〇〇ジギョウシヨ			障害福祉サービス等事業所番号	2726◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆
	施設・事業所の名称	〇〇〇事業所				
	提供サービス	共同生活援助(介護サービス包括型)				
	施設・事業所の所在地	(郵便番号 ●●● - ●●●●) 堺市堺区●●町二丁1番1号				
	連絡先	電話番号	000-000-0000	E-mail	〇〇〇@email.com	
管理者の氏名	◎◎ ◎◎					
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援 → (1)を記載 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援 → (2)を記載					

(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援	基準単価	335 千円	所要額	341 千円
------------------------------	------	--------	-----	--------

助成対象の区分	①	※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※合計(①)の額の千円未満切り捨て
<p>① 利用者又は職員に新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した施設・事業所</p> <p>② 濃厚接触者に対応した施設・事業所</p> <p>③ 本市又は大阪府から休業要請を受けた事業所</p> <p>④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件の下、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①又は②に該当する場合を除く。)</p> <p>⑤ ①又は③以外の事業所であって、居宅で生活している利用者に対して、当該事業所の職員が利用者の居宅等への訪問により、できる限りのサービスを提供した事業所</p>			

積算内訳

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
需用費	13,000	マスクの購入費用(〇年〇月〇日購入分5,000円/箱×2箱)、アルコールの購入費用(〇年〇月▲日購入分1,500円/L×2本)
役務費	100,000	緊急雇用した職員紹介手数料(〇年〇月●日雇用生活支援員1名分)
※給与	30,000	職員への割増賃金(2,000円/日)の支給(〇年〇月〇日3名分計10時間分、〇年〇月●日2名分計5時間分)
※職員諸手当等	48,000	職員への時間外手当(コロナ陽性者対応分)の支給(〇年〇月〇日5名分(1,000円×2名×3時間、1,200円×3名×10時間)、〇年〇月◎日1,200円×1名×5時間)
※職員諸手当等	100,000	職員への危険手当(20,000円/人)の支給(〇年●月●日2名分、〇年●月△日3名分)
委託料	50,000	自費検査(PCR)費用(〇年〇月●日実施分10,000円/人×5名分)
合計(①)	341,000	

※ 人件費について、本事業における補助は、感染者の発生等に伴うかかり増し経費となるため、感染者の発生していない通常時において生じる超過勤務手当に係る費用は補助対象外であり、当該費用は補助対象から除外する必要があります。

下の【対象経費一覧】及び補助金交付要綱別添1の対象経費に該当する費用について、記載例を参考に記入してください(用途・品目・数量等については具体的に記入すること)。その他、Q&A等を熟読いただき、補助対象となる経費であることを十分確認の上、申請手続きをしてください。

(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援		基準単価	167 千円	所要額	50 千円
----------------------------------	--	------	--------	-----	-------

助成対象の区分	②	※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※合計(②)の額の千円未満切り捨て
① (1)の①又は③に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し、協力する施設・事業所			

積算内訳

費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
※職員諸手当	50,000	感染者の発生した事業所への職員の応援に係る夜勤手当(10,000円/人)の支給(○年○月○日3名分、○年○月●日2名分)
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 30%; color: white;"> <p>※ 人件費について、本事業における補助は、感染者の発生等に伴うかかり増し経費となるため、感染者の発生していない通常時において生じる超過勤務手当に係る費用は補助対象外であり、当該費用は補助対象から除外する必要があります。</p> </div> <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 30%; color: white;"> <p>下の【対象経費一覧】及び補助金交付要綱別添1の対象経費に該当する費用について、記載例を参考に記入してください(用途・品目・数量等については具体的に記入すること)。その他、Q&A等を熟読いただき、補助対象となる経費であることを十分確認の上、申請手続きをしてください。</p> </div> </div>		
合計(②)	50,000	

【対象経費一覧】

<p>(1) 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援</p> <p>①～④の事業</p> <p>①～③に該当する施設・事業所等の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用(別添2のとおり、障害者支援施設等に限定。) 施設・事業所の消毒・清掃費用 感染症廃棄物の処理費用 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用 <p>(以下の費用は、代替サービス提供期間の分に限定。)</p> <ul style="list-style-type: none"> 代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用 代替場所の確保費用(使用料) 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 代替場所や利用者宅への旅費 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車や自転車のリース費用 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く。) <p>④に該当する施設・事業所等の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> 一定の要件に該当する自費検査費用(別添2のとおり、障害者支援施設等に限定。)
<p>⑤の事業</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な費用 代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用 代替場所の確保費用(使用料) 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金 代替場所や利用者宅への旅費 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車や自転車のリース費用 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く。) <p>※上記費用は、代替サービス提供期間の分に限定。</p>

<p>(2) 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者受入や職員の応援派遣に係る費用 ○追加に必要な人員確保のための緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費・宿泊費、損害賠償保険の加入費用
--