

長第12200001号  
令和3年12月20日

各介護サービス事業者 代表者 様

和歌山県福祉保健部  
介護サービス指導室長  
(公印省略)

介護サービス事業所等感染防止対策支援事業補助金交付申請に  
ついて (ご案内)

介護報酬における基本報酬の0.1%特例評価が9月末で終了となったことに伴う代替措置としての**標記補助金**について、**申請方法、申請様式等を掲載いたしましたので、きのくに介護deネット内、「介護サービス事業所等感染防止対策支援事業補助金」をご確認いただき、期限内に交付申請書等関係書類を提出いただきますようお願いいたします。**

また、本通知は、法人に対して1通のみ送付していますので、必ず傘下の事業所等あて通知いただきますようお願いいたします (補助金の交付申請は、**1法人1回限りでの申請**となりますので、必ず法人において県内事業所分をまとめて申請してください)。



「きのくに介護deネット」トップページ

- ▶ 新型コロナウイルス関係
- ▶ 1. 介護サービス事業所等感染防止対策支援事業補助金

(担当)  
介護サービス指導室 津守  
TEL : 073-441-2527 (直通)

# 介護サービス事業所等感染防止対策支援事業補助金

介護報酬の特例的な評価の10月以降の対応（代替措置としての補助金）に関する情報を掲載しています。

令和3年11月19日 Q & A等を追記しました。

令和3年12月20日 申請方法、申請様式、申請書の記入要領を追記しました。

## 目次

- [1. 申請方法・申請期間](#)
- [2. 申請書記入要領](#)
- [3. 対象事業所](#)
- [4. 対象経費](#)
- [5. 補助上限](#)
- [6. Q & A](#)
- [7. 関連資料](#)
- [8. 問い合わせ先](#)

## 申請方法・申請期間

- 申請期間：令和4年1月4日（火）～1月31日（月）消印有効
- 申請方法：郵送
- 提出先：〒640-8137 和歌山市吹上二丁目1番22号  
和歌山県日赤会館102 補助金審査センターあて  
※封筒表面に「新型コロナ対策支援事業申請書在中」と赤字で記載ください。
- 提出物
  - 様式1 総括表
  - 様式2 申請額一覧
  - 様式3 個票
  - 領収書の写し
  - （国保連への登録口座が債権譲渡されている場合のみ）通帳の写し
- 申請書：[Excel](#) [申請書様式](#)（様式1・様式2・様式3）
- 留意事項
  - 法人単位での申請となりますので、領収書のあて名は「法人名」としてください。（宛名が事業所・施設名の領収書がある場合は、必ず様式3の誓約事項欄の5つめにチェックを入れてください。）
  - 1法人1回限りの申請となりますので、必ず法人内の事業所をまとめて申請願います。**
  - 支払いは国保連から各事業所・施設(登録口座)への振込となります。登録口座が債権譲渡されている場合は県からの振込になりますので、通帳の写しを添付ください。

# 申請書記入要領

## 様式1 総括表

(様式1) 総括表

和歌山県介護サービス事業所等感染防止対策支援事業補助金交付申請

提出日を記入

令和 4 年 1 月 10 日

和歌山県知事 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	カブシキガイシャワカヤマ			
	名称	株式会社和歌山 <span>法人名称を記入</span>			
	所在地	(郵便番号 XXX - XXXX )			
		和歌山市〇〇			
	連絡先	電話番号	073-XXX-XXXX	E-mail	wakayama0001@xxx.com
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	和歌山 太郎
	申請に関する担当者	職名	総務課長	氏名	和歌山 二郎
	国保連への登録口座が一部でも債権譲渡されている		<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ		
	銀行名・支店名	<span>どちらかにチェック</span> 「はい」の場合は国保連への登録口座に振込めないため、振込先の口座情報(法人名義)を記入してください。			
	口座番号				
(フリガナ)					
口座名義人					
<input checked="" type="radio"/> 消費税を除外した額で申請		<input type="radio"/> 消費税を含む額で申請			

どちらかにチェックしてください。

### 【重要】補助対象経費「消費税及び地方消費税」の扱いについて

この補助金では、補助対象経費として「消費税及び地方消費税」分を計上するかどうかを選択することができます。

#### ①補助対象経費から「消費税及び地方消費税」を除外した額で申請する場合（税抜額）

特に追加の手続きは必要ありません。

(例) 補助上限が1万円で税込11,000円以上の領収書を添付、税抜1万円申請⇒1万円交付  
仕入控除税額報告不要

#### ②補助対象経費に「消費税及び地方消費税」を含む額で申請する場合（税込額）

この場合は「消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告」の手続きが必要になります。

(例) 補助上限が1万円で税込10,000円以上の領収書を添付、税込1万円申請⇒1万円交付  
仕入控除税額確定後、仕入控除税額報告（返還額が発生する場合は返還）が必要

## 様式2 申請額一覧

様式3から自動取り込みのため記入不要です。

### 様式3 個票

(様式3) 事業所・施設別個票

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	ヘルパーステーションわかやま			介護保険事業所番号	3072123456
	事業所・施設の名称	ヘルパーステーションわかやま				
	サービス種別	訪問介護事業所 (訪問回数1,200回以下)	定員	人	訪問回数	600 回
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 xxx - xxxx ) 和歌山県○○郡□□町△△1-1			訪問介護事業所の場合のみ 令和3年10月の訪問回数を記載	
	連絡先	電話番号	XXX-XXX-XXXX	E-mail	wakayamaXXXX@XXXX.co.jp	
	管理者の氏名	和歌山 三郎				

短期入所系、入所施設・居住系のみ記載

訪問介護事業所の場合のみ  
令和3年10月の訪問回数を記載

サービス種別により自動で入力されます

<積算内訳>				税込額	税抜額で申請する場合に記載	基準単価	10,000 円	所要額	11,000 円
品目 (マスク等)	支出額(円)	うち消費税額	数量等						
マスク	5,456	496	40枚入り×4箱	総括表で税抜申請を選択した場合は税抜額、 税込申請を選択した場合は税込額が自動計算されます					
消毒液	3,190	290	500ml×5本						
プラスチック手袋	3,946	358	100枚入り×10箱						
合計	12,592	1,144							

対象品目は衛生用品（マスク、手袋、消毒液等の消耗品）とパーテーション、パルスオキシメーターです。

領収書の内訳が税込額の場合は、  
税率10%の品目 ⇒ 税込額に10/110を掛けた値（小数点以下切捨）  
税率 8%の品目 ⇒ 税込額に 8/108を掛けた値（小数点以下切捨）  
を記載

医療機関等における感染拡大防止対策に要する  
かかり増し経費への補助金です

この欄に○がないと申請できません		誓約事項
<input type="checkbox"/>	以下に掲げる事業所・施設について、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金の交付を受けていない。又は、以下に掲げる事業所・施設ではない。 ・病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所 ・介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所 ・訪問看護事業所 ・病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所 ・居宅療養管理指導事業所 ・介護療養型医療施設	
<input type="checkbox"/>	この補助金と対象経費を重複して、他の補助金を受けていない。	
<input type="checkbox"/>	この補助金に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備・保管する。	
<input type="checkbox"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。	
<input type="checkbox"/>	(領収書が事業所・施設名義の場合)事業所・施設名義の購入物については申請者である法人で購入したものに相違ない。 宛名が申請者（法人）でなく、事業所や施設名義になっている領収書がある場合、 この欄に○がないと申請できません。	
<input type="checkbox"/>	国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する。	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した助成金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)

※個票が複数ある場合は、各事業所の個票のシート名を「個票●」  
(●は1からの通し番号) に修正してください。

## 領収書に関する注意事項

### 1. 領収書の宛名が事業所名の場合

総括表の領収書に関する誓約事項欄に○を入れてください。

### 2. 補助対象経費以外の物品と一体になっている領収書の場合

業者から定期的に物品を購入し、月締め等で支払いを行っている場合など、領収金額に補助対象外経費も含まれる場合は、領収書の内訳が分かる納品書又は請求書の写しを添付し、補助対象経費にマーカー等で着色して補助対象外経費と区別できるようにしてください。

#### 【補助対象経費以外の物品と一体になっている領収書の場合】

令和●年●月●日

社会福祉法人○○会 様

領収金額 金56,100円

ただし、10月請求分として

◆◆◆◆株式会社

領収額と納品書又は請求書の合計金額が同一であること。

納品書(10月請求分)

社会福祉法人○○会 様

◆◆◆◆株式会社

補助対象経費のみ着色する。

納品日	商品・メーカー・規格等	金額
10月1日	サージカルマスク(50枚入り×20箱)	33,000
10月12日	手指消毒用エタノール(一斗缶×1缶)	16,500
10月20日	印刷用紙(500枚×5箱)	6,600
計		56,100

### 3. 領収書がなく振込明細書で代用する場合

振込明細書には、以下の内容が確認できる「請求書又は納品書」の添付が必要です。

①宛名（原則申請者名） ②振込金額 ③購入物品 ④日付 ⑤振込先

(振込明細書の例)

① 社会福祉法人〇〇会 様

④ お振込日：令和●●年●●月●●日

株式会社 ●●●銀行

〈お振込み受付明細〉

金融機関番号	銀行名および支店名	お受取人	お振込金額	手数料
1234987	▲▲銀行	★★★株式会社	45,000	550

宛先が同一であること。

振込明細書の振込先と納品書等の発行業者が同一であること。

納品書

社会福祉法人〇〇会 様

★★★株式会社

納品日	商品・メーカー・規格等	金額
10月20日	サージカルマスク(50枚入り×20箱)	30,000
10月20日	手指消毒用エタノール(一斗缶×1缶)	15,000
計		45,000

振込明細書と納品書等の合計金額が同一であること。

#### 4. 領収書の宛先が個人名、もしくは未記載（単なるレシートも含む）の場合

申請者（又は事業所）が当該費用を支出したことが確認できる経理関係書類（出納帳等）を添付してください。

株式会社和歌山県

現金出納帳

No.	年	月	日	科目	相手方	摘要	収入金額	支払金額	差引残高
						前月より繰越			150,000
101	3	10	1	旅費交通費	〇〇石油	ガソリン代		8,522	141,478
102			2	事務用品費	ドラッグストア〇〇	消毒液		10,000	131,478
103			3	通信費	郵便局	切手代		1,040	130,438
104			4	事務用品費	△△スーパー	文房具代		298	130,140
105				新聞図書費	□□新聞	新聞代		4,037	126,103
106									
107									
108									
109									
110									
111									

該部分にマーカーを引く等して対象がわかるようにしてください。

法人（もしくは事業所）で作成されたことがわかるようにしてください。  
※該当ページに法人名等の記載がない場合は、表紙等の写しも添付してください。

## 対象事業所

基本報酬の0.1%特例評価の対象としていた全ての介護施設・事業所

※ 医療系のサービスを行う医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）で、医療の補助金（令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金）の交付を受ける場合は対象外

## 対象経費

令和3年10月1日から12月31日までに購入した

- 衛生用品（マスク、手袋、消毒液等の消耗品）
- 感染症対策に要する備品（パーテーション、パルスオキシメーターに限る）

## 補助上限

事業所・施設の種別				補助上限
通所系	1	通所介護事業所	通常規模型	10,000円 / 事業所
	2		大規模型（Ⅰ）	15,000円 / 事業所
	3		大規模型（Ⅱ）	20,000円 / 事業所
	4	地域密着型通所介護事業所(療養通所介護事業所を含む)		10,000円 / 事業所
	5	認知症対応型通所介護事業所		10,000円 / 事業所
	6	通所リハビリテーション事業所	通常規模型	10,000円 / 事業所
	7		大規模型（Ⅰ）	15,000円 / 事業所
	8		大規模型（Ⅱ）	20,000円 / 事業所
短期入所系	9	短期入所生活介護事業所		10,000円 / 事業所

	10	短期入所療養介護事業所	定員20人以下	5,000円 / 事業所
	11		定員21人以上	10,000円 / 事業所
訪問系	12	訪問介護事業所	訪問回数1,200回以下	10,000円 / 事業所
	13		訪問回数1,201回以上 2,000回以下	15,000円 / 事業所
	14		訪問回数2,001回以上	20,000円 / 事業所
	15	訪問入浴介護事業所		10,000円 / 事業所
	16	訪問看護事業所		10,000円 / 事業所
	17	訪問リハビリテーション事業所		5,000円 / 事業所
	18	定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所		10,000円 / 事業所
	19	夜間対応型訪問介護事業所		10,000円 / 事業所
	20	居宅介護支援事業所		10,000円 / 事業所
	21	居宅療養管理指導事業所		5,000円 / 事業所
多機能型	22	小規模多機能型居宅介護事業所		10,000円 / 事業所
	23	看護小規模多機能型居宅介護事業所		10,000円 / 事業所
入所施設・ 居住系	24	介護老人福祉施設	定員39人以下	30,000円 / 施設
	25		定員40人以上49人以下	40,000円 / 施設



26		定員50人以上69人以下	50,000円 / 施設
27		定員70人以上89人以下	60,000円 / 施設
28		定員90人以上	70,000円 / 施設
29	地域密着型介護老人福祉施設	定員19人以下	10,000円 / 施設
30		定員20人以上	20,000円 / 施設
31	介護老人保健施設	定員39人以下	30,000円 / 施設
32		定員40人以上49人以下	40,000円 / 施設
33		定員50人以上69人以下	50,000円 / 施設
34		定員70人以上89人以下	60,000円 / 施設
35		定員90人以上	70,000円 / 施設
36	介護医療院	定員29人以下	30,000円 / 施設
37		定員30人以上39人以下	40,000円 / 施設
38		定員40人以上49人以下	50,000円 / 施設
39		定員50人以上69人以下	60,000円 / 施設
40		定員70人以上	70,000円 / 施設
41	介護療養型医療施設	定員29人以下	30,000円 / 施設

42		定員30人以上39人以下	40,000円 / 施設
43		定員40人以上49人以下	50,000円 / 施設
44		定員50人以上69人以下	60,000円 / 施設
45		定員70人以上	70,000円 / 施設
46	認知症対応型共同生活介護事業所	定員14人以下	10,000円 / 事業所
47		定員15人以上	15,000円 / 事業所
48	特定施設入居者生活介護事業所	定員19人以下	10,000円 / 施設
49		定員20人以上39人以下	20,000円 / 施設
50		定員40人以上59人以下	30,000円 / 施設
51		定員60人以上69人以下	40,000円 / 施設
52		定員70人以上89人以下	50,000円 / 施設
53		定員90人以上99人以下	60,000円 / 施設
54		定員100人以上	70,000円 / 施設
55	地域密着型特定施設入居者生活介護事業所	定員19人以下	10,000円 / 事業所
56		定員20人以上	20,000円 / 事業所

※1 事業所・施設について、令和3年10月から12月までの間に指定等を受けているものであり、休業中のものを含む。また、

- 各介護予防サービスを含むが、介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別（上記1～56）による。
- 介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス・介護予防ケアマネジメント）を実施する事業所は、通所型は通所介護事業所（通常規模型）と、訪問型は訪問介護事業所と、介護予防ケアマネジメントは居宅介護支援事業所と同じとするが、介護サービスと総合事業の両方の指定を受けている場合は、介護サービスの種別（上記1～56）による。
- 通所介護及び通所リハビリテーションの事業所規模は、介護報酬上の規模区分であり、申請時点で判断する。
- 訪問介護の訪問回数については、令和3年10月の1か月における身体介護、生活援助及び通院等乗降介助の合計数で判断する。
- 短期入所療養介護、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、介護療養型医療施設及び認知症対応型共同生活介護事業所の定員については、申請時点で判断する。

※2 以下に掲げる事業所・施設であって、令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金の交付を受ける場合は、本事業の対象としない。

- 病院又は診療所である通所リハビリテーション事業所
- 訪問看護事業所
- 居宅療養管理指導事業所
- 介護療養型医療施設、療養病床を有する病院又は診療所である短期入所療養介護事業所
- 病院又は診療所である訪問リハビリテーション事業所
- 介護療養型医療施設

## Q & A

No.	質問	回答
1	要件を満たすのであれば、「介護サービス事業所等サービス提供体制確保事業補助金」と今回の補助金の両方補助を受けることは可能か。	可能です。ただし、一方の事業の補助対象経費の算定に計上したものは、他方の事業の補助対象経費として計上（二重計上）はできませんのでご注意ください。
2	今回の補助金は、新型コロナウイルス感染症の感染者が発生していない事業所・施設でも補助対象となるのか。	お見込みのとおりです。
3	令和3年10月から12月までの間に指定等を受けている事業所・施設が補助対象となることだが令和3年10月から12月までの間に新規の指定を受けた事業所・施設について、令和3年10月以降当該指定を受ける前に購入した衛生用品等の費用も補助対象となるか。	令和3年10月から12月までの間に新規の指定を受けた事業所・施設については、当該指定を受けた日以降に購入した衛生用品等の費用が補助対象となります。

4	<p>訪問介護の基準単価は、令和3年10月の1か月における身体介護、生活援助及び通院等乗降介助の合計数で判断することとされているが、</p> <p>①例えば、令和3年11月に新規指定を受ける訪問介護事業所についてはどのように取り扱えばよいか。</p> <p>②介護サービスと総合事業又は介護サービスと介護予防サービスの両方の指定を受けている訪問介護事業所の訪問回数は合算してよいか。</p>	<p>①個別の事情に応じて、令和3年11月、12月又は把握できる直近の1か月の訪問回数で請求してよいこととして差し支えありません。</p> <p>②合算してください。</p>
5	<p>施設系サービスにおいて、短期入所療養介護を空床利用で実施している場合の定員数の取扱いはどのようにすればよいか。</p>	<p>令和3年4月から9月の1日あたりの平均利用者数を定員数として用いることとします。（ただし、あらかじめ指定権者に定員数を届け出ている場合は、当該定員数を用いても差し支えありません。）</p>
6	<p>実施要綱3（3）イ（ア）の「令和3年10月1日から12月31日までの衛生用品の購入費用及び感染症対策に要する備品の購入費用」について、</p> <p>①令和3年10月1日から12月31日までの間に購入したものが対象か。</p> <p>②「衛生用品」とは、どのような物が補助対象となるのか。</p> <p>③「感染症対策に要する備品」とは、どのような物が補助対象となるのか。</p> <p>④発注が令和3年10月1日から12月31日までの間に行われていれば、納品や支払いが令和4年1月1日以降となってもよいか。</p>	<p>①お見込みのとおりです。</p> <p>②については、その目的が感染を防ぎ又は消毒するために使用する衛生用品であって、マスク、手袋、消毒液などの消耗品を想定しています。</p> <p>③については、パーテーション及びパルスオキシメーターです。</p> <p>④原則12月31日までの日付の領収書を添付ください。ただし、12月31日までに発注し、領収書が1月の日付になる場合は、12月31日までに発注したことがわかる書類（発注書など）もあわせて添付ください。</p>
7	<p>費用が確定していない段階における申請（概算による申請）は可能か。</p>	<p>本事業に要する費用が確定してから申請することを想定していません。</p>
8	<p>申請書類には、購入した物品の領収書等、支出した費用が分かる証拠書類の添付が必要か。</p>	<p>申請書には  <b>領収書(写し)等の証拠書類の添付が必要</b>      ですのでご注意ください。</p>

## 関連資料

- [PDF 補助金交付要綱](#)
- [PDF 国実施要綱](#)
- [PDF 「感染防止対策の継続支援」の周知について（厚生労働省事務連絡）](#)

## 問い合わせ先

- 令和3年12月27日まで 介護サービス指導室 TEL:073-441-2527
- 令和4年1月4日以降 補助金審査センター TEL:073-425-1330

---

和歌山県福祉保健部福祉保健政策局長寿社会課  
〒640-8585 和歌山市小松原通1丁目1番地  
TEL 073-441-2527 FAX 073-441-2523  
E-Mail [e0403004@pref.wakayama.lg.jp](mailto:e0403004@pref.wakayama.lg.jp)

---