様式第1号

　　年　　月　　日

（宛先）名 古 屋 市 長

所在地

法人名

代表者職名

代表者氏名

新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等に対する

サービス提供体制確保事業補助金交付申請書兼実績報告書

　　標記について、関係書類を添えて以下のとおり申請します。

また、申請する補助対象事業については、本日までに完了していることを併せて報告します。

　　なお、振込は、口座振替登録番号に記載の口座までお願いします。

1　事業所名

2　交付申請額(A＋B)　 金　　　　　　　千円

3　経費所要額内訳

［令和5年度分］※施設内療養に要する費用については(1)-2に記載してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基準単価 | 所要額 | 寄附金その他の収入額 | 申請額 | 申請額合計(A) |
| (1)新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者に対応した事業所等  ※施設内療養に要する費用を除く | 千円 | 千円 | 円 | 千円 | 千円 |
| (1)-2 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用 |  | 千円 | 円 | 千円 |
| (2)居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所等 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 |
| (3)感染者が発生した事業所等の利用者の受け入れや当該施設等に応援職員の派遣を行う事業所等 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 |

~~［令和4年度分］(令和4年4月1日～令和5年3月31日に生じた費用)~~

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 基準単価 | 所要額 | 寄附金その他の収入額 | 申請額 | 申請額合計(B) |
| (1)新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した事業所等 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 | 千円 |
| (2)居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所等 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 |
| (3)感染者が発生した事業所等の利用者の受け入れや当該施設等に応援職員の派遣を行う事業所等 | 千円 | 千円 | 円 | 千円 |

＊基準単価は、別表1から算出してください。

＊所要額は、個票に記載した所要額（千円未満切り捨て）を記入してください。

＊申請額は、基準単価と所要額から寄附金その他の収入額を控除した額（千円未満切り捨て）を比較して低い方の額を記入してください。

4　添付書類

(1)　個　票

　　　別紙のとおり

(2)　証拠書類及び支払いがわかるもの等の写し

　　　納品書、請求書、領収書、契約書、給与台帳など

(3)　その他参考となる資料

　　　補助対象となった事案など

5　補助対象となる事案

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内容 | 氏名 | 被保険者番号 | 発生した日 |
| * 感染者 |  |  | 令和　年　月　日 |
| * 感染者と接触があった者（感染者と同居している場合に限る。以下同じ） |  |  | 令和　年　月　日 |
| 感染者との接触状況等 | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | 令和　年　月　日 |

＊必要に応じて行の追加や別紙を添付してください。

＊感染者・感染者と接触があった者が利用者の場合には、被保険者番号を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 療養期間解除日 | 令和　　　年　　月　　日 |

＊感染者発生から療養期間解除日の前日までの期間に発生した対象経費が補助対象となります。感染者の療養期間が解除された日を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 6　口座振替登録番号 |  |

＊名古屋市に登録された口座振替登録番号を記入してください。（口座番号ではありません。）

　口座振替の登録手続きは、名古屋市公式ウェブサイトをご確認ください。

7　交付決定通知書の送付先　 □法人

　　□事業所