

令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金交付要綱

(目的)

第1条 食材費の高騰の影響を受けながらも福祉サービスの安定的な提供を継続している社会福祉施設等を支援するため、「令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金（以下「支援金」という。）」を、予算の範囲内において交付するものとし、その交付に関しては、愛知県補助金等交付規則（昭和55年規則第8号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(交付の対象)

第2条 支援金の交付対象は、次に掲げる各号のいずれにも該当する場合とする。

- (1) 別表に掲げる愛知県内に所在する施設又は事業所（国、都道府県又は市町村が運営する施設又は事業所を除く。）（以下「施設等」という。）を運営する法人の理事長等代表者（以下「事業者等」という。）であること。
- (2) 令和5年3月1日時点において、事業者等が利用者へ提供する食事にかかる食材費を負担し、利用者の入所又は通所に係る福祉サービスの提供を実施していること。

(支援金の交付額)

第3条 支援金の交付額は別表のとおりとする。

(交付の申請)

第4条 支援金の交付を受けようとする事業者等は、令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金交付申請書（実績報告書兼請求書）（様式第1。以下「申請書」という。）を、別表中「1 交付の対象」に掲げる介護及び障害福祉区分ごとに知事が別に定める日までに県へ提出するものとする。

(交付の決定等)

第5条 知事は、申請書を受理した場合は、その内容を審査し、必要に応じて現地を調査した上で、支援金を交付すべきものと認めたときは、交付の決定をする。

- 2 交付の決定及びその通知は支援金を交付すべきものと認めた事業者等が指定する金融機関口座への入金をもって行うものとし、この場合、申請書を事業者等からの請求書とみなす。
- 3 第1項の審査及び必要に応じた現地調査の結果、支援金を交付すべきでないと認められたときは、令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金不交付決定通知書（様式第2）により支援金の交付の申請を行った事業者等に通知するものとする。

(決定の取消し等)

第6条 知事は、支援金の交付をした場合において、事業者等が次に掲げる各号のいずれかに該当するときには、支援金の返還を命ずることができる。

- (1) 申請の取下げがあった場合
- (2) 本要綱に違反した場合

(3) 虚偽又は不正の手段をもって支援金の交付を受けた場合

(4) 重大な法令違反又は公序良俗に反する行為等により、支援金を交付することが適当でないと認められた場合

(実績報告)

第7条 規則第13条に定める実績報告は、第4条に定める申請書をもって代えるものとする。

(調査)

第8条 知事は、支援金の交付に関し、必要な調査を行うことができる。

2 支援金の交付を受けようとする又は交付を受けた事業者等は前項の調査に協力しなければならない。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、支援金の交付に関し必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年3月1日から施行する。

別表

1 交付の対象	<p><介護区分> 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、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護（空床型を除く）、通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション ※各介護予防サービスを含むとともに、「通所介護」には介護予防・日常生活支援総合事業における「通所型サービス」の指定を受けたものを含む。</p> <p><障害福祉区分> 療養介護、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、短期入所（空床型を除く）、障害者支援施設、共同生活援助（介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型）、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設</p>
2 支援金の交付額	(1) 「1 交付の対象」中、 <介護区分>に掲げる施設等のうち、 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、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、短期入所生活介護（空床型を除く）

＜障害福祉区分＞に掲げる施設等のうち、共同生活援助（介護サービス包括型、日中サービス支援型、外部サービス利用型）、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、短期入所（空床型を除く）、障害者支援施設、自立訓練（生活訓練）のうち宿泊型自立訓練

施設等 1 定員当たり 3,600 円

※小規模多機能型居宅介護及び看護小規模多機能型居宅介護の定員は、「宿泊サービス」の定員とする。

(2) 上記以外の「1 交付の対象」に掲げる施設等

施設等 1 定員当たり 1,200 円

令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金
交付申請書（実績報告書兼請求書）

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、以下のとおり申請します。

なお、振込は下記振込先情報に記載の口座までお願いいたします。

申請者			
法人等所在地			
代表者職名		氏名	
担当者	氏名		
	電話番号		
	メールアドレス (ない場合は FAX番号)		

申請に係る施設・事業所数※	
申請に係る定員数※	
交付申請額（請求額）	

※事業所ごとの申請情報を<別紙1>「申請事業所一覧表」に記載してください。

【申立事項】（下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。全ての項目がチェックされないと交付申請できません。）

- 令和5年3月1日時点において、申請する施設・事業所は交付要綱第2条に掲げる業務を実施しており、かつ令和5年度中における業務の継続を予定していること。
- 令和5年3月1日時点において、事業者等が利用者へ提供する食事にかかる食材費を負担していること。
- 本支援金における障害福祉区分において、同一の施設・事業所に係る申請を行わないこと。
- この支援金における収入及び支出等に係る証拠書類を5年間適切に整備保管すること。
- サービス種別・定員数・申請金額等の申請内容に相違ないこと。

法人あて支援金の振込先として指定できる口座の情報を入力してください。

振込先情報	金融機関コード			
	支店番号		※ゆうちょ銀行は3桁の番号に変換して記載すること。	
	金融機関名			
	店名			
	預金種類	1. 普通	2. 当座	(数字を記入してください。)
	口座番号			※ゆうちょ銀行は7桁の番号に変換して記載すること。
	口座名義(カナ) ※			

※口座名義(カナ)：通帳の見開き等に記載されているカタカナの名義をスペースを含め正確に、(通帳に記載されている名義に小文字が使われている場合、大文字にしてください) 全て半角にして記載してください。(通帳の表面にある漢字の名義ではありませんので、十分注意してください。)

＜別紙 1＞申請事業所一覧表（必ず表の上から詰めて記載してください。）

申請する施設・事業所の「事業所番号」、「事業所名」、「事業所の所在地」、「サービス種別」、「1定員あたり交付額」、「申請定員数」、「申請額」を選択又は記載してください。

通番	事業所番号	事業所名	事業所の所在地	サービス種別	1定員あたり 交付額(a) (単位：円)	申請定員数(b)	申請額 (a)×(b) (単位：円)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金
交付申請書（実績報告書兼請求書）

令和 年 月 日

愛知県知事 殿

標記について、以下のとおり申請します。

なお、振込は下記振込先情報に記載の口座までお願いいたします。

申請者			
法人等所在地			
代表者職名		氏名	
担当者	氏名		
	電話番号		
	メールアドレス (ない場合は FAX番号)		

申請に係る施設・事業所数※	
申請に係る定員数※	
交付申請額（請求額）	

※事業所ごとの申請情報を<別紙1>「申請事業所一覧表」に記載してください。

【申立事項】（下記のとおり相違ないことを確認の上、チェックボックスをチェックしてください。全ての項目がチェックされないと交付申請できません。）

- 令和5年3月1日時点において、申請する施設・事業所は交付要綱第2条に掲げる業務を実施しており、かつ令和5年度中における業務の継続を予定していること。
- 令和5年3月1日時点において、事業者等が利用者へ提供する食事にかかる食材費を負担していること。
- 本支援金における介護区分において、同一の施設・事業所に係る申請を行わないこと。
- この支援金における収入及び支出等に係る証拠書類を5年間適切に整備保管すること。
- サービス種別・定員数・申請金額等の申請内容に相違ないこと。

法人あて支援金の振込先として指定できる口座の情報を入力してください。

振込先情報	金融機関コード					
	支店番号			※ゆうちょ銀行は3桁の番号に変換して記載すること。		
	金融機関名					
	店名					
	預金種類		1. 普通	2. 当座	(数字を記入してください。)	
	口座番号					※ゆうちょ銀行は7桁の番号に変換して記載すること。
	口座名義(カナ) ※					

※口座名義(カナ)：通帳の見開き等に記載されているカタカナの名義をスペースを含め正確に、(通帳に記載されている名義に小文字が使われている場合、大文字にしてください) 全て半角にして記載してください。(通帳の表面にある漢字の名義ではありませんので、十分注意してください。)

＜別紙 1＞申請事業所一覧表（必ず表の上から詰めて記載してください。）

申請する施設・事業所の「事業所番号」、「事業所名」、「事業所の所在地」、「サービス種別」、「1定員あたり交付額」、「申請定員数」、「申請額」を選択又は記載してください。

通番	事業所番号	事業所名	事業所の所在地	サービス種別	1定員あたり 交付額(a) (単位：円)	申請定員数(b)	申請額 (a)×(b) (単位：円)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							

文 書 番 号
令和 年 月 日

様

愛知県知事

令和4年度愛知県社会福祉施設食材費高騰対策支援金
不交付決定通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました表記支援金につきましては、審査の結果、
下記の理由により不交付と決定しましたので、通知します。

記

不交付の理由