

(別紙2-1) 精算額調書 (第6関係)

令和5年度宮城県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の  
サービス提供体制確保事業費補助金実績報告精算額調書【令和4年度に生じた費用分】

| 補助事業者名   | 総事業費<br>(A) | 寄附金その他の<br>収入予定額<br>(B) | 差引額<br>(C) (A-B) | 申請額<br>(D) | 選定額<br>(E) | 実績報告額<br>(F) |
|----------|-------------|-------------------------|------------------|------------|------------|--------------|
|          | 円           | 円                       | 円                | 円          | 円          | 円            |
| 社会福祉法人〇〇 | 1,674,000   | 0                       | 1,674,000        | 1,428,000  | 1,428,000  | 1,428,000    |

(記載上の注意点)

1. (D) 欄は「(別紙2-2) 実績報告額積算内訳書」の「申請額計 (f)」欄の合計額を記載すること。
2. (E) 欄は、(C) 欄と (D) 欄を比較し、少ない額を記載すること。
3. (F) 欄は、(E) 欄の額 (1, 000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。) を記載すること。

(別紙2-2)実績報告額積算内訳書(第6関係)【令和4年度に生じた費用分】 ※自動入力されますので、直接入力しないようにお願いいたします。 ※

(単位:千円)

| No. | 介護保険<br>事業所番号 | 事業所・施設名       | サービス種別         | (1)     |        |         |                |        | (2)     |        |         |                |        | (3)     |        |         |                |        | 申請額計(f) | 備考 |
|-----|---------------|---------------|----------------|---------|--------|---------|----------------|--------|---------|--------|---------|----------------|--------|---------|--------|---------|----------------|--------|---------|----|
|     |               |               |                | 基準単価(a) | 所要額(b) | 既交付額(c) | 今回補助<br>上限額(d) | 申請額(e) | 基準単価(a) | 所要額(b) | 既交付額(c) | 今回補助<br>上限額(d) | 申請額(e) | 基準単価(a) | 所要額(b) | 既交付額(c) | 今回補助<br>上限額(d) | 申請額(e) |         |    |
| 1   | 0490000000    | 特別養護老人ホーム000  | 地域密着型介護老人福祉施設  | 1,160   | 1,199  |         | 1,160          | 1,160  |         |        |         |                |        |         |        |         |                | 1,160  |         |    |
| 2   | 0470000000    | 000デイサービスセンター | 通所介護事業所(通常規模型) |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        | 268     | 475    |         | 268            | 268    | 268     |    |
| 3   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 4   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 5   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 6   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 7   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 8   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 9   |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 10  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 11  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 12  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 13  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 14  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 15  |               |               |                |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |        |         |                |        |         |    |
| 合計  |               |               |                |         |        |         |                | 1,160  |         |        |         |                |        |         |        |         |                | 268    | 1,428   |    |

個票に入力した内容が自動で入力されます。  
この様式に直接入力しないように御注意願います。

(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)」は、「令和4年度宮城県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のサービス提供体制確保事業費補助金交付要綱」の別表に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「所要額(b)」は「(様式2-3)事業所・施設別個票」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(e)」は、「所要額(b)」と「補助上限額(d)」を比較して低い方の額を記入すること。
- 5 「申請額計(f)」は、(1)(2)(3)の「申請額(e)」の合計額を記入すること。

個票は事業所・施設ごとに作成すること

|           |            |   |              |           |            |  |
|-----------|------------|---|--------------|-----------|------------|--|
| 事業所・施設の状況 | フリガナ       | トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇〇   |              | 介護保険事業所番号 |            |  |
|           | 事業所・施設の名称  | 特別養護老人ホーム〇〇〇  |              |           | 049〇〇〇〇〇〇〇 |  |
|           | サービス種別     | 地域密着型介護老人福祉施設   | 定員           | 29        | 人          |  |
|           | 事業所・施設の所在地 | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載<br>宮城県〇〇市〇〇〇・・・ |              |           |            |  |
|           | 申請に関する連絡先  | 電話番号  | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | E-mail    | 〇〇@〇〇・・・   |  |
|           | 申請に関する担当者  | 〇〇 〇〇   |              |           |            |  |

|    |                              |  |
|----|------------------------------|--|
| 区分 | <input type="checkbox"/> (1) | ※該当するものにチェック<br>水色のセルを記入してください。<br>黄色のセルはプルダウンメニューから選択してください。<br>それ以外のセルは記入・削除しないように御注意ください。 |
|    | <input type="checkbox"/> (2) |  |
|    | <input type="checkbox"/> (3) |  |

(1)

同年度中、既に1回以上本補助金の交付を受けている場合は、補助金の額の確定額の合計を「既交付額」に入力してください。 →

|      |          |         |          |
|------|----------|---------|----------|
| 基準単価 | 1,160 千円 | 所要額     | 1,199 千円 |
| 既交付額 | 千円       | 今回補助上限額 | 1,160 千円 |

|  |      |  |                     |
|--|------|--|---------------------|
| 助成対象の区分  | (1)イ | ※下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) | ※所要額は合計(①)の千円未満切り捨て |
| <p>(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介護サービス事業所・施設等(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)</p> <p>イ 利用者又は職員に感染者が発生した介護施設等、訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所及び通所系サービス事業所(職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)(※1~※4)</p> <p>ロ 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)</p> <p>ハ 都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所(※4)、短期入所系サービス事業所(※3)</p> <p>ニ 感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等(イ、ロの場合を除く)(※1)</p> <p>ホ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等(※5)</p> |      |  |                     |

<積算内訳>

| 費目       | 所要額(円)    | 用途・品目・数量等                 |
|----------|-----------|---------------------------|
| 1 衛生費    | 33,000    | アルコール3缶                   |
| 2 衛生費    | 35,000    | サージカルマスク50枚入り40箱          |
| 3 衛生費    | 24,000    | エブロン2ケース                  |
| 4 衛生費    | 77,000    | プラスチック手袋4ケース              |
| 5 人件費    | 900,000   | 新型コロナウイルス感染症対応者への特別手当10人分 |
| 6 清掃費    | 30,000    | 感染症廃棄物処理費用                |
| 7 施設内療養費 | 100,000   | 施設内療養費 1名分                |
| 8        |           |                           |
| 9        |           |                           |
| 10       |           |                           |
| 11       |           |                           |
| 12       |           |                           |
| 13       |           |                           |
| 14       |           |                           |
| 15       |           |                           |
| 16       |           |                           |
| 17       |           |                           |
| 18       |           |                           |
| 19       |           |                           |
| 20       |           |                           |
| 合計(①)    | 1,199,000 |                           |

**注意**

●備品等(体温計、パルスオキシメーター、サーキュレーター、CO2モニター、オーバーテーブル、介護いす、アクリル板等)は補助対象経費とはなりませんので御注意願います。

(2)

|      |          |             |          |
|------|----------|-------------|----------|
| 基準単価 | 1,160 千円 | 所要額         | 千円       |
| 既交付額 | 千円       | 今回補助<br>上限額 | 1,160 千円 |

助成対象の区分

※所要額は合計(2)の千円未満切り捨て

(2) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)

(1)イ、ハ以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所(通常形態での通所サービス提供が困難であり、感染の未然に代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))

<積算内訳>

| 費目    | 所要額(円) | 用途・品目・数量等 |
|-------|--------|-----------|
| 1     |        |           |
| 2     |        |           |
| 3     |        |           |
| 4     |        |           |
| 5     |        |           |
| 6     |        |           |
| 7     |        |           |
| 8     |        |           |
| 9     |        |           |
| 10    |        |           |
| 11    |        |           |
| 12    |        |           |
| 13    |        |           |
| 14    |        |           |
| 15    |        |           |
| 16    |        |           |
| 17    |        |           |
| 18    |        |           |
| 19    |        |           |
| 20    |        |           |
| 合計(2) |        |           |

(3)

|      |        |             |        |
|------|--------|-------------|--------|
| 基準単価 | 580 千円 | 所要額         | 千円     |
| 既交付額 | 千円     | 今回補助<br>上限額 | 580 千円 |

|   |  |                     |                     |
|---|--|---------------------|---------------------|
| 助成対象の区分   |  | ※下から該当する番号を1つ選択して記入 | ※所要額は合計(③)の千円未満切り捨て |
| (3)感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等(※1~※4)<br>イ (1)イ又はハに該当する介護サービス事業所・施設等<br>ロ 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所 |  |                     |                     |

<積算内訳>

| 費目    | 所要額(円) | 用途・品目・数量等 |
|-------|--------|-----------|
| 1     |        |           |
| 2     |        |           |
| 3     |        |           |
| 4     |        |           |
| 5     |        |           |
| 6     |        |           |
| 7     |        |           |
| 8     |        |           |
| 9     |        |           |
| 10    |        |           |
| 11    |        |           |
| 12    |        |           |
| 合計(③) |        |           |

※1 介護施設等

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、  
認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護を除く)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、  
有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

※2 訪問系サービス事業所

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、  
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、  
小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)並びに居宅介護支援事業所、  
福祉用具貸与事業所((1)の事業を除く)及び居宅療養管理指導事業所

※3 短期入所系サービス事業所

短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、  
小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)  
並びに認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護に限る)

※4 通所系サービス事業所

通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、  
小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)

※5 高齢者施設等

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、  
認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、  
有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所

個票は事業所・施設ごとに作成すること

|           |   |   |  |           |            |
|-----------|---|---|--|-----------|------------|
| 事業所・施設の状況 | フリガナ  | 〇〇〇デイサービスセンター   |  | 介護保険事業所番号 | 047〇〇〇〇〇〇〇 |
|           | 事業所・施設の名称   | 〇〇〇デイサービスセンター   |  |           |            |
|           | サービス種別  | 通所介護事業所(通常規模型)  | 定員   | 35        | 人          |
|           | 事業所・施設の所在地  | (郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載<br>宮城県〇〇市〇〇〇・・・ |  |           |            |
|           | 申請に関する連絡先   | 電話番号  | 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇   | E-mail    | 〇〇@〇〇・・・   |
|           | 申請に関する担当者   | 〇〇 〇〇   |  |           |            |
| 区分        | <input type="checkbox"/> (1)<br><input type="checkbox"/> (2) ※該当するものにチェック<br><input type="checkbox"/> (3) |   | 水色のセルを記入してください。<br>黄色のセルはプルダウンメニューから選択してください。<br>それ以外のセルは記入・削除しないように御注意ください。 |           |            |

(1)

同年度中、既に1回以上本補助金の交付を受けている場合は、補助金の額の確定額の合計を「既交付額」に入力してください。 →

|      |        |         |        |
|------|--------|---------|--------|
| 基準単価 | 537 千円 | 所要額     | 千円     |
| 既交付額 | 千円     | 今回補助上限額 | 537 千円 |

|   |  |                     |
|---|--|---------------------|
| 助成対象の区分   | ※下から該当する番号を1つ選択して記入<br>(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入) | ※所要額は合計(①)の千円未満切り捨て |
| (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介護サービス事業所・施設等<br>(休業要請を受けた事業所・施設等を含む)<br><br>イ 利用者又は職員に感染者が発生した介護施設等、訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所及び通所系サービス事業所<br>(職員に複数の濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む) (※1~※4)<br>ロ 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)<br>ハ 都道府県、保健所を設置する市又は特別区から休業要請を受けた通所系サービス事業所(※4)、短期入所系サービス事業所(※3)<br>ニ 感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等(イ、ロの場合を除く) (※1)<br>ホ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等(※5) |  |                     |

<積算内訳>

| 費目    | 所要額(円) | 用途・品目・数量等 |
|-------|--------|-----------|
| 1     |        |           |
| 2     |        |           |
| 3     |        |           |
| 4     |        |           |
| 5     |        |           |
| 6     |        |           |
| 7     |        |           |
| 8     |        |           |
| 9     |        |           |
| 10    |        |           |
| 11    |        |           |
| 12    |        |           |
| 13    |        |           |
| 14    |        |           |
| 15    |        |           |
| 16    |        |           |
| 17    |        |           |
| 18    |        |           |
| 19    |        |           |
| 20    |        |           |
| 合計(①) |        |           |

(2)

|      |        |             |        |
|------|--------|-------------|--------|
| 基準単価 | 537 千円 | 所要額         | 千円     |
| 既交付額 | 千円     | 今回補助<br>上限額 | 537 千円 |

助成対象の区分

※所要額は合計(②)の千円未満切り捨て

(2) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)

(1) イ、ハ以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所(通常形態での通所サービス提供が困難であり、感染の未然に代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))

<積算内訳>

| 費目    | 所要額(円) | 用途・品目・数量等 |
|-------|--------|-----------|
| 1     |        |           |
| 2     |        |           |
| 3     |        |           |
| 4     |        |           |
| 5     |        |           |
| 6     |        |           |
| 7     |        |           |
| 8     |        |           |
| 9     |        |           |
| 10    |        |           |
| 11    |        |           |
| 12    |        |           |
| 13    |        |           |
| 14    |        |           |
| 15    |        |           |
| 16    |        |           |
| 17    |        |           |
| 18    |        |           |
| 19    |        |           |
| 20    |        |           |
| 合計(②) |        |           |

(3)

同年度中、既に1回以上本補助金の交付を受けている場合は、補助金の額の確定額の合計を「既交付額」に入力してください。 →

|      |        |         |        |
|------|--------|---------|--------|
| 基準単価 | 268 千円 | 所要額     | 475 千円 |
| 既交付額 | 千円     | 今回補助上限額 | 268 千円 |

|         |      |                     |                     |
|---------|------|---------------------|---------------------|
| 助成対象の区分 | (3)イ | ※下から該当する番号を1つ選択して記入 | ※所要額は合計(③)の千円未満切り捨て |
|---------|------|---------------------|---------------------|

(3)感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等(※1~※4)  
 イ (1)イ又はハに該当する介護サービス事業所・施設等  
 ロ 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所

<積算内訳>

| 費目    | 所要額(円)  | 用途・品目・数量等                  |
|-------|---------|----------------------------|
| 1 人件費 | 55,000  | 医療法人社団〇〇〇 応援職員派遣費用(宿泊費)5人分 |
| 2 人件費 | 420,000 | 新型コロナウイルス感染症対応者への特別手当7人分   |
| 3     |         |                            |
| 4     |         |                            |
| 5     |         |                            |
| 6     |         |                            |
| 7     |         |                            |
| 8     |         |                            |
| 9     |         |                            |
| 10    |         |                            |
| 11    |         |                            |
| 12    |         |                            |
| 合計(③) | 475,000 |                            |

※1 介護施設等

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、  
 認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護を除く)、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、  
 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅

※2 訪問系サービス事業所

訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、  
 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、  
 小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(訪問サービスに限る)並びに居宅介護支援事業所、  
 福祉用具貸与事業所((1)の事業を除く)及び居宅療養管理指導事業所

※3 短期入所系サービス事業所

短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、  
 小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(宿泊サービスに限る)  
 並びに認知症対応型共同生活介護事業所(短期利用認知症対応型共同生活介護に限る)

※4 通所系サービス事業所

通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、  
 小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)

※5 高齢者施設等

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、  
 認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、  
 有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所