

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金交付要綱

(目的)

第1 新型コロナウイルス感染症発生時における必要なサービス提供体制の継続を支援するため、介護施設、障害者支援施設等が新型コロナウイルス感染症の発生した介護施設、障害者支援施設等へ応援職員の派遣を行うために必要な経費に対し、予算の範囲内で、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号。以下「規則」という。）及びこの要綱により補助金を交付する。

(定義)

第2 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 介護施設、障害者支援施設等 以下の施設・事業所で岩手県内に所在するものをいう。

ア 介護施設・高齢者施設

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

イ 多機能型サービス事業所

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

ウ 短期入所系サービス事業所

短期入所生活介護事業所及び短期入所療養介護事業所

エ 障害者支援施設

施設入所支援事業所、共同生活援助事業所、福祉型障害児入所施設及び医療型障害児入所施設

オ アからエまでに掲げるもののほか、県が職員の派遣を必要と認める施設等

(2) 直接派遣 新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した介護施設、障害者支援施設等に対し、他法人の運営する介護施設、障害者支援施設等から応援職員を派遣することをいう。

(補助金の交付の対象及び補助額)

第3 この補助金の対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、介護施設、障害者支援施設等が新型コロナウイルス感染症の発生した介護施設、障害者支援施設等に対し応援職員の直接派遣を行う事業とし、これに対する補助対象経費及び基準額は、別表第1のとおりとする。

2 補助金の交付額は、別表第1に定める基準額と対象経費の実支出額から寄附金その他の収入額（社会福祉法人等の営利を目的としない法人の場合は、寄附金収入額を除く。）を控除した額を比較して少ない方の額とする。ただし、当該額に1,000円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(補助事業の内容の軽微な変更)

第4 規則第6条第1項第1号及び第2号に規定する軽微な変更は、補助事業の目的の変更を伴わない内容の軽微な変更とする。

(申請の取下げ期日)

第5 規則第8条第1項に規定する申請の取下げ期日は、補助金の交付の決定の通知を受領した日から起算して15日以内とする。

(立入検査等)

第6 知事は、予算の執行の適正を期するため、補助事業者に対して、必要な報告を求め、又は当該職員に、その事務所、事業場等に立ち入り、帳簿書類その他の必要な物件を検査させ、若しくは関係者に質問させることができる。

(書類の整備等)

第7 補助事業者は、補助事業に係る経理を明らかにした書類を整備し、当該補助事業の完了の日の属する年度の翌年度から起算して5年間これを保管しなければならない。

(前金払)

第8 知事は、必要があると認める場合は、補助金を前金払いすることがある。

2 補助事業者が補助金の前金払いを請求しようとする場合は、新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金前金払請求書(様式第5号)を知事に提出しなければならない。

(消費税等仕入控除税額に係る報告等)

第9 補助事業者は、規則第4条の規定に基づき補助金の交付の申請をするに当たって、当該補助金に係る消費税等仕入控除税額(補助金の交付の対象となる経費に含まれる消費税及び地方消費税に相当する額のうち、消費税法(昭和63年法律第108号)の規定により仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額と当該金額に地方税法(昭和25年法律第226号)に規定する地方消費税の税率を乗じて得た金額の合計額に補助率(当該補助金の額を当該経費の額で除して得た率のことをいう。)を乗じて得た額をいう。以下同じ。)が明らかではないため、消費税等仕入控除税額を含めて補助金の交付の申請をした場合に、当該申請の後に当該消費税等仕入控除税額が明らかになったときは、速やかに消費税等仕入控除税額報告書(様式第6号)により知事に報告しなければならない。

2 補助事業者は、補助金の交付を受けた後に前項の報告をした場合は、当該報告による知事の補助金の返還の命令を受けて、前項の報告に係る消費税等仕入控除税額を返還しなければならない。

(提出書類及び提出期日)

第10 規則により定める書類及びこれに添付する書類並びに提出期日は、別表第2のとおりとする。

(その他)

第11 この要綱に定めるもののほか、この補助金の交付に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年7月21日から施行する。

別表第1（第3関係）

補助対象経費	補助基準額
<p>応援職員の派遣要請があった日から直接派遣された応援職員が派遣元の介護施設、障害者支援施設等に復帰するまでの間に要した、応援職員の直接派遣に伴い発生する次の経費※</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 応援職員の派遣調整や勤務変更等に伴う派遣元法人職員の業務量の増加に対する割増賃金・手当 2 応援職員の派遣元の介護施設、障害者支援施設等においてかかり増しとなる消耗品費、通信運搬費、使用料及び旅費 3 応援職員が派遣前に実施したPCR検査等の経費 4 応援職員が派遣期間終了後に実施したPCR検査等の結果の判明後から職場復帰までの間に要した宿泊費 5 その他応援職員の直接派遣に要する経費で知事が必要と認めるもの 	<p>派遣職員の派遣日数に2万円を乗じた額。ただし、派遣日数は派遣職員1人につき5日を上限とする。</p>

※1 緊急時介護人材確保・職場環境復旧等支援事業費補助金及び障害福祉サービス支援事業費補助金の交付対象となっている経費については、補助対象外であること。

※2 感染症が発生した施設等と同一法人内での応援職員の派遣は、補助対象外であること。

別表第2（第11関係）

条 項	提 出 書 類 及 び 添 付 書 類	様 式	提出 部数	提出期日
規則第4条の 規定による書 類	1 新型コロナウイルス感染症発生 時介護施設、障害者支援施設等支 援事業費補助金交付申請書 2 その他知事が必要と認める書類	様式第1号	1部 1部	別に定める。
規則第6条第 1項第1号、第 2号及び第3 号の規定によ り承認を受け る場合の書類	1 新型コロナウイルス感染症発生 時介護施設、障害者支援施設等支 援事業費補助金変更（中止、廃止） 申請書 2 その他知事が必要と認める書類	様式第2号	1部 1部	別に定める。
規則第13条第 1項の規定に よる書類	1 新型コロナウイルス感染症発生 時介護施設、障害者支援施設等支 援事業費補助金実績報告書 2 新型コロナウイルス感染症発生 時介護施設、障害者支援施設等支 援事業費補助金請求書 3 その他知事が必要と認める書類	様式第3号 様式第4号	1部 1部 1部	別に定める。

年 月 日

岩手県知事 様

申請者

所在地： _____

名称： _____

代表者： _____

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助
金交付申請書

標記事業を実施したいので、岩手県補助金交付規則第4条の規定により関係書類を添えて、
次のとおり補助金の交付を申請します。

記

- 1 交付申請額 金 円
- 2 申請額算出内訳書 別紙1のとおり
- 3 事業実施計画書 別紙2のとおり
- 4 収支予算書 別紙3のとおり

【振込口座】

金融機関名 ・ 支店名	
預金種別	
口座番号	
フリガナ	
口座名義	

年 月 日

岩手県知事 様

申 請 者

所在地： _____

名 称： _____

代表者： _____

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助
金変更（中止、廃止）申請書

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定の通知のあった標記事業
について、次の理由により変更（中止、廃止）したいので、関係書類を添えて申請します。

記

1 変更（中止、廃止）の理由

2 交付変更額

交付決定済額 金 円

変更額 金 円

変更後申請額 金 円

3 申請額算出内訳書 別紙1のとおり

4 事業実施計画書 別紙2のとおり

5 収支予算書 別紙3のとおり

年 月 日

岩手県知事 様

申 請 者

所在地： _____

名 称： _____

代表者： _____

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助
金実績報告書

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定の通知のあった標記事業
について、事業が完了したので、関係書類を添えて報告します。

記

- 1 精算額算出内訳書 別紙4のとおり
- 2 事業実施報告書 別紙5のとおり
- 3 収支精算書 別紙6のとおり
- 4 その他知事が必要と認めるもの
 - (1) 事業実施報告書の2及び3の項目を証明するため、次の書類を添付する。
 - ・人員派遣等に係る契約書等応援職員の派遣が実施されたことがわかる文書の写等
 - (2) 事業実施報告書の5の支出内容を証明するため、次の書類を添付する。
 - ・支出目的、金額、実施日等が確認できる、給与明細書、納品書、請求書・領収書の写等

様式第4号（別表第2関係）

年 月 日

岩手県知事 様

申 請 者

所在地： _____

名 称： _____

代表者： _____

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助
金請求書

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定の通知のあった標記事業
について、事業が完了したので、岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号）の規定
により、関係書類を添えて請求します。

記

金

円

年 月 日

岩手県知事 様

申 請 者

所在地： _____

名 称： _____

代表者： _____

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助
金前金払請求書

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定の通知のあった標記事業
について、新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金交
付要綱第8の規定に基づき下記のとおり請求します。

記

1	補助金交付決定額	金	円
2	概算払受領済額	金	円
3	今回請求額	金	円
4	残額	金	円

年 月 日

岩手県知事 様

申 請 者

所在地： _____

名 称： _____

代表者： _____

年度消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額報告書

年 月 日付け岩手県指令 第 号で交付決定の通知のあった新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金に係る消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額について、下記のとおり報告します。

記

1 施設の名称及びサービス種別

2 岩手県補助金交付規則（昭和32年岩手県規則第71号）第5条の規定による確定額又は事業実績報告による精算額

金 円

3 消費税及び地方消費税の申告により確定した消費税及び地方消費税に係る仕入れ控除税額（要補助金返還相当額）

金 円

4 添付書類

記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金申請額算出内訳書

申請者名称： _____

(単位：円)

区分	総事業費 A	寄附金その他の 収入額 B	差引額 C = A - B	補助基準額 D	補助金所要額 H	備考
直接派遣協力事業費						

(注1) 総事業費(A)欄には、事業実施に係る総事業費を記入すること。

(注2) 寄附金その他の収入額(B)欄には、事業に係る寄附金及びその他の収入(補助金等も含む)を記入すること。

(注3) 補助基準額(D)欄には、区分ごとの補助単価×補助対象日数により算出された額を記入すること。別紙2と同額となる。

(注4) 補助金所要額(H)欄には、C欄とD欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

事業実施計画書

所在地： _____
 名称： _____
 代表者： _____

1 事業区分

直接派遣協力事業費

補助単価： 20,000 円

2 応援職員の状況

施設名	
サービス種別	
施設所在地	

職・氏名 (介護員 岩手〇〇)	派遣要請の あった日 ※2	派遣開始日	派遣終了日	派遣日数	うち算定の 対象となる 日数 ※1	職場復帰日 ※2
合計						

※1 派遣日数が5日を超える場合は、5日と記入すること。

※2 補助事業の対象期間は、派遣要請のあった日から応援職員全員が職場復帰した日までとする。

3 応援職員の派遣先

法人名	
施設・事業所名	
施設種別	
施設所在地	

4 補助基準額（補助単価×算定の対象となる日数）

_____ 円 算定の対象となる日数： _____ 日

5 補助対象経費

対象経費	支出額
割当賃金・手当	
消耗品費・通信運搬費・使用料・旅費	
PCR検査等費用	
ホテル等宿泊費	
その他 ()	
計	

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費
補助金収支予算書

申請者名称： _____

1 収入の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
県補助金	円	円	円	円	
自己資金					
その他()					
計	円	円	円	円	

2 支出の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
割当賃金・手当	円	円	円	円	
消耗品費・通信運 搬費・使用料・旅費					
PCR検査等費用					
ホテル等宿泊費					
その他()					
計	円	円	円	円	

※ 収入の部の計と支出の部の計が一致するように記入すること。

※ 支出の部の摘要欄には、区分に記載した経費に係る具体的内容を記入すること。

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費補助金精算額算出内訳書

申請者名： _____

(単位：円)

区分	総事業費 A	寄附金その他の 収入額 B	差引額 C=A-B	補助基準額 D	補助金交付 決定額 E	補助金 確定額 F	補助金 受領済額 G	精算額 H=F-G	備考
直接派遣協力事業費									

(注1) 総事業費(A)欄には、事業実施に係る総事業費を記入すること。

(注2) 寄附金その他の収入額(B)欄には、事業に係る寄附金及びその他の収入(補助金等も含む)を記入すること。

(注3) 補助基準額(D)欄には、区分ごとの補助単価×補助対象日数により算出された額を記入すること。別紙5と同額となる。

(注4) 補助金確定額(F)欄には、C欄とD欄とE欄の額を比較して少ない方の額を記入すること。

ただし、1,000円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額を記入すること。

事業実施報告書

所在地： _____
 名称： _____
 代表者： _____

1 事業区分

直接派遣協力事業費

補助単価： 20,000 円

2 応援職員の状況

施設名	
サービス種別	
施設所在地	

職・氏名 (介護員 岩手〇〇)	派遣要請の あった日 ※2	派遣開始日	派遣終了日	派遣日数	うち算定の 対象となる 日数 ※1	職場復帰日 ※2
合計						

※1 派遣日数が5日を超える場合は、5日と記入すること。

※2 補助事業の対象期間は、派遣要請のあった日から応援職員全員が職場復帰した日までとする。

3 応援職員の派遣先

法人名	
施設・事業所名	
施設種別	
施設所在地	

4 補助基準額（補助単価×算定の対象となる日数）

_____ 円 算定の対象となる日数： _____ 日

5 補助対象経費

対象経費	支出額
割当賃金・手当	
消耗品費・通信運搬費・使用料・旅費	
PCR検査等費用	
ホテル等宿泊費	
その他 ()	
計	

新型コロナウイルス感染症発生時介護施設、障害者支援施設等支援事業費
補助金収支精算書

申請者名称： _____

1 収入の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
県補助金	円	円	円	円	
自己資金					
その他()					
計	円	円	円	円	

2 支出の部

区分	予算額	決算見込額	比較		摘要
			増	減	
割当賃金・手当	円	円	円	円	
消耗品費・通信運 搬費・使用料・旅費					
PCR検査等費用					
ホテル等宿泊費					
その他()					
計	円	円	円	円	

※ 収入の部の計と支出の部の計が一致するように記入すること。

※ 支出の部の摘要欄には、区分に記載した経費に係る具体的内容を記入すること。