

1 「本申請書の使い方」で申請の流れを確認する

最初に、「本申請書の使い方」を読み、申請の流れを確認してください。

03_県交付要綱・様式1~3 (マニュアル例用) .xlsx - Excel

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 アドイン ヘルプ DocuWorks 実行したい作業を入力してください

	A	B	C	D	E	F	G
1							
2			本申請書の使い方				
3							
4		手順	都道府県等の作業	事業者（法人本部）の作業	各事業所の作業		
5		1	本Excelを管内の事業者・事業所に配布				
6		2		本Excelを各事業所に配布し、様式3（個票）を記入するように依頼			
7		3			様式3（個票）の着色セルを入力（水色セル：必要情報の入力・該当する取組内容のチェック、緑色セル：クリックしてプルダウンから選択）し、事業者（法人本部）へ返送		
8		4		各事業所から回収した個票の入力内容を確認			
9		5		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 ※異なる都道府県事業所分は含めない ※さいたま市、川越市、越谷市、川口市に所在する事業所分は含めない ※「個票●」以外のシート名は絶対に編集しないでください			
10		6		シート名を修正した個票を一つのExcelファイルに集約			

（はじめにお読みください）本申請書の使い方

総括表 | 申請額一覧 | 個票1



2 事業所別に個票を作成する

まず個票を作成し、その後、総括表を作成します。

03_届交付要綱・様式1~3 (マニュアル例用).xlsx - Excel

ファイル ホーム 挿入 ページレイアウト 数式 データ 校閲 表示 開発 アドイン ヘルプ DocuWorks 実行したい作業を

BQ7

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV	AW	AX	AY	AZ
1	(様式3)事業所・施設別個票																																																			
2																																																				
3	フリガナ																											障害福祉サービス事業所番号																								
4	事業所・施設の名称																																																			
5	提供サービス																																																			
6	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)																																																		
7																																																				
8	連絡先	電話番号						E-mail																																												
9	管理者の氏名																																																			
10	事業区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1を記載																																																		
11		<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載																																																		
12																																																				
13	1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援																		基準単価	千円	所要額	150	千円																													
14	助成対象の区分	※下表から該当する番号を1つ選択しを記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)																		※別紙1のAの額の千円未満切り捨て																																
15	① 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)																																																			
16	② 濃厚接触者に対応した短期入所サービス事業所、入所施設、共同生活援助事業所、訪問系サービス事業所																																																			
17	③ 県又は市町村から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所サービス事業所																																																			
18	④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した施設・事業所(①、②の場合を除く)																																																			
19	⑤ ①、②以外の事業所であって、当該事業所の職員により、自宅で生活している利用者に対して、できる限りのサービスを提供した通所系サービス事業所(※通常形態でのサービス提供が困難であり、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る。))																																																			
20	取組内容 ※該当する取組の口をチェックすること																																																			
21	(1)~(3)障害福祉サービス事業所・障害者支援施設等のサービス継続に必要な取組【共通】																																																			
22	<input type="checkbox"/> 緊急雇用の実施(自法人職員の割増賃金・手当、職業紹介料、人材派遣、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費)																																																			
23	<input type="checkbox"/> 連携機関との連携(職員旅費) <input type="checkbox"/> 事業所・施設等の消毒・清掃(消毒・清掃費用) <input type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理(処理費用)																																																			
24	<input type="checkbox"/> 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入(購入費用)																																																			

(はじめにお読みください) 本申請書の使い方 | 総括表 | 申請額一覧 | **個票 1** | ... |



サ
「サ
別紙
助成
複数

3 個票の記入例 (1)

水色に着色されたセルに入力します。
 緑色に着色されたセルはプルダウンメニューを選択します。

(様式3) 事業所・施設別個表

事業所・施設 の 状 況	フリガナ	ショウガイシヤシエンシセツ マルマルノサト		障害福祉サービス等事業所番号	1152012345
	事業所・施設の名称	障害者支援施設 ○○の里			
	サービス種別	施設入所支援			
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 362 - 0014) 上尾市本町3-1-1			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	管理者の氏名	北本次郎			
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1を記載 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載				

施設名・事業所名を入力してください

事業所番号を入力してください

プルダウンメニューから選択します

補助申請する事業についてチェックを入れてください。

1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 基準単価 1,013 千円 所要額 2,197 千円

助成対象の区分	①	※下表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)	※加算対象となる額の千円未満切り捨
① 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む) ② 濃厚接触者に対応した短期入所サービス事業所、入所施設、訪問系サービス事業所、訪問系サービス事業所 ③ 県又は市町村から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所サービス事業所 ④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を受けた施設・事業所(①、②の場合を除く) ⑤ ①、③以外の事業所であって、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、サービスを提供した通所系サービス事業所(※通常形態でのサービス提供が困難であり、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等))			

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます

プルダウンメニューから、該当する助成対象の区分を選択してください。
 複数該当する場合は、一番小さい番号を選択してください。

取組内容 ※該当する取組の□をチェックすること

(1)～(3)障害福祉サービス事業所・障害者支援施設等のサービス継続に必要な取組

<input checked="" type="checkbox"/> 緊急雇用の実施(自法人職員の割増賃金・手当、職業紹介料、人材派遣、損害賠償)	<input type="checkbox"/> 連携機関との連携(職員旅費)	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所・施設等の消毒・清掃(消毒・清掃費用)	<input checked="" type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理(処理費用)
<input checked="" type="checkbox"/> 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入(購入)			

該当する取組の□にチェックを入れてください。

3 個票の記入例（2）グループホームの場合

「事業所・施設の所在地」には、事業所の所在地を入力します。
 共同生活援助（グループホーム）については、住居の所在地ではなく、事業所の所在地を入力してください。

(様式3) 事業所・施設別個表

プルダウンメニューから選択します。(グループホームは3種類から選びます。)

事業所・施設の状況	フリガナ	マルマルホーム		障害福祉サービス等事業所番号	1152012350
	事業所・施設の名称	〇〇ホーム			
	サービス種別	共同生活援助（日中サービス支援型）			
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 363 - 0021) 桶川市泉1-3-28			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	管理者の氏名	鴻巣六郎			
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載				

事業所の所在地を入力してください。

**※グループホームは住居ごとには申請できません。
 ※1事業所1申請となります。**

例

住居の所在地：上尾市

事業所の所在地がさいたま市であるため補助対象外

事業所の所在地：さいたま市

事業所の所在地がさいたま市であるため補助対象外

同一のグループホーム事業所

グループホームは、事業所の所在地が、さいたま市、川越市、越谷市、川口市の場合は、たとえ住居がそれ以外の市町村にあったとしても補助対象外となります。

3 個票の記入例（3） 取組内容と別紙1の関係

（別紙1）の積算内訳に、補助金申請する経費の内容を記載します。
所要額の合計額が、自動的に表示されます。

（別紙1）積算内訳の合計（A）の額が、自動で表示されます。

1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援

基準単価	1,013 千円	所要額	2,197 千円
------	----------	-----	----------

助成対象の区分 ① ※下表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) ※別紙1のAの額の10%を割り捨

① 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)
② 濃厚接触者に対応した短期入所サービス事業所、入所施設、共同生活援助事業所、訪問系サービス事業所
③ 県又は市町村から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所サービス事業所
④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した施設・事業所(①、②の場合を除く)
⑤ ①、③以外の事業所であって、当該事業所の職員により、居家で生活している利用者に対して、できる限りのサービスを提供した通所系サービス事業所(※ 通常形態でのサービス提供が困難であり、感染を未然に防ぐために代替 措置を取った場合(近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る。)

取組内容 ※該当する取組の口をチェックすること

(1)～(3) 障害福祉サービス事業所・障害者支援施設等のサービス継続に必要な取組【共通】

緊急雇用の実施(自法人職員の割増賃金・手当、職業紹介料、人材派遣、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費)
 連携機関との連携(職員旅費) 事業所・施設等の消毒・清掃(消毒・清掃費用) 感染症廃棄物の処理(処理費用)
 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入(購入費用)

記入例の場合、所要額が基準単価を超えているので、補助額は基準単価の1,013千円となります。

「(参考) 事業ごとの対象経費と費目の例」を参考にして、費目、所要額(円)、用途・品目・数量等を記載してください。

1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
1. (1)～(3)	賃金	312,000	新たに採用した臨時職員への賃金 156,000円×2人×2か月(7月～8月)
	委託費	1,100,000	消毒業者への館内消毒委託 550,000円×2回
	委託費	300,000	感染症廃棄物の処理業者への委託 300,000円×1回
	需用費	12,800	PVC手袋(Mサイズ) 在庫不足分の購入 1,280円/箱×10箱(1箱100双入り)
1. (4) 自費検査費用	委託費	270,000	PCR検査委託料 13,500円×20人(7月15日実施)
	委託費	202,500	PCR検査委託料 13,500円×15人(9月20日実施)
	所要額小計	472,500	
	補助上限額	700,000	
	補助対象額	472,500	
合計(A)		2,197,300	

取組内容でチェックを入れた取組にかかった経費を、（別紙1）の積算内訳に記載します。

合計額は自動計算されます。

3 個票の記入例 (4) 自費検査について

自費検査の費用を申請する場合は、検査を行った延べ人数を記載する必要があります。

別添2の要件に該当する場合は、にチェックを入れてください。それ以外の検査は補助対象外です。

**対象は障害者
支援施設と共
同生活援助事
業所のみです。**

(4) 発熱等 検査を受ける利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施【共通】

<input checked="" type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用	検査を行った延べ人数	35人	←検査費用を補助申請する場合は記入
検査に係る補助上限額	700千円	ただし、サービスごとの補助上限額等範囲内の補助となります。	

取組内容で表示された「検査に係る補助上限額」が、別紙1の補助上限額に自動で表示されます。

検査を行った延べ人数を入力してください。検査に係る補助上限額が自動で表示されます。

1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
1. (1)~ (3)	賃金	312,000	新たに採用した臨時職員への賃金 156,000円×2人×2か月(7月~8月)
	委託費	1,100,000	消毒業者への館内消毒委託 550,000円×2回
	委託費	300,000	感染症廃棄物の処理業者への委託 300,000円×1回
	需用費	12,800	PVC手袋(Mサイズ) 在庫不足分の購入 1,280円/箱×10箱(1箱100双入り)
1. (4) 自費検査費用	委託費	270,000	PCR検査委託料 13,500円×20人(7月15日実施)
	委託費	202,500	PCR検査委託料 13,500円×15人(9月20日実施)
	所要額小計	472,500	
	補助上限額	700,000	
	補助対象額	472,500	
合計(A)		2,197,300	

自費検査の経費について、費目、所要額(円)、用途・品目・数量等を記載してください。

所要額小計は自動計算されます。

所要額小計と補助上限額を比較し、少ない方が補助対象額となります。

自費検査費用の1人当たり補助上限額は2万円ですが、サービスごとの補助上限額の範囲内の補助となります。

3 個票の記入例（5）代替サービス提供の場合

- ・代替サービスの提供に係る取組の経費を請求できるのは通所系サービス事業所のみです。
- ・助成対象の区分が①の場合、以下の様式に記載します。
- ※助成対象区分が④の場合は、次のページで説明する（5）の取組になります。

実施した代替サービスの取組について□にチェックを入れてください。

(1)、(3)代替サービスの提供に係る取組【通所系】

- 代替サービス提供に伴う緊急雇用の実施(自法人職員の割増賃金・手当、職業紹介料、人材派遣、損害賠償保険の加入費用)
- 代替場所の確保等(代替場所の賃料・使用料、代替場所や利用者宅への職員旅費)
- 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導(居宅介護事業所への謝金)
- 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車や自転車の確保(自動車等のリース費用)
- 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレット等の確保(タブレット等のリース費用(通信費用は除く))

※上記取組に係る費用は、代替サービス提供期間の分に限る。

「(参考) 事業ごとの対象経費と費目の例」を参考にして、費目、所要額(円)、用途・品目・数量等を記載してください。

(別紙1)積算内訳

1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
1. (1)～ (3)	賃金	240,000	新たに採用した臨時職員への賃金 12,000円×1人×20日
	賃借料	440,000	代替場所の賃料(有料会議室) 22,000円×20日(8月X日～8月XX日)
	賃借料	26,000	訪問用軽自動車のリース費用 13,000円×1台×2か月(8月～9月)
	賃借料	24,000	安否確認及びリモート参加のためのタブレット端末リース費用 6,000円×2台×2か月(8月～9月)

取組内容でチェックを入れた取組にかかった経費を、(別紙1)の積算内訳に記載します。

3 個票の記入例（6）訪問サービス実施の場合

- ・訪問サービスの実施に係る取組の経費を請求できるのは通所系サービス事業所のみです。
- ・助成対象の区分が⑤の場合、（5）の取組に記載します。
- ※助成対象区分が①の場合は、前のページの記入例を参照してください。

実施した代替サービスの取組について□にチェックを入れてください。

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます

(5) 訪問サービスの実施【通所系】

基準単価 631 千円 所要額 **730 千円**

- 代替サービス提供に伴う緊急雇用の実施(自法人職員の割増賃金・手当、職業紹介料、人材派遣、損害賠償保険の加入費用)
- 代替場所の確保等(代替場所の使用料、代替場所や利用者宅への職員旅費)
- 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導(居宅介護事業所への謝金)
- 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため緊急かつ一時的に必要な車や自転車の確保(自動車等のリース費用)
- 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレット等の確保(タブレット等のリース費用(通信費用は除く))

※上記取組は、近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である数継続して発生している状況等)に限る。
 ※上記取組に係る費用は、代替サービス提供期間の分に限る。

(別紙1) 積算内訳の合計(B)の額が、自動で表示されます。

「(参考) 事業ごとの対象経費と費目の例」を参考にして、費目、所要額(円)、用途・品目・数量等を記載してください。

取組内容でチェックを入れた取組にかかった経費を、(別紙1)の積算内訳に記載します。

1. (5) 訪問サービスの実施【通所】

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
1. (5)	賃金	240,000	新たに採用した臨時職員への賃金 12,000円×1人×20日
	賃借料	440,000	代替場所の賃料(有料会議室) 22,000円×20日(8月X日~8月XX日)
	賃借料	26,000	訪問用軽自動車のリース費用 13,000円×1台×2か月(8月~9月)
	賃借料	24,000	安否確認及びリモート参加のためのタブレット端末リース費用 6,000円×2台×2か月(8月~9月)
合計(B)		730,000	

3 個票の記入例（7）連携支援の場合

感染が発生した施設・事業所に応援職員を派遣した場合に記載することができます。

プルダウンメニューから、該当する助成対象の区分を選択してください。
複数該当する場合は、一番小さい番号を選択してください。

サービス種別を選択すると基準単価が表示されます

2. 障害福祉サービス等事業所との連携支援		基準単価	316 千円	所要額	292 千円
助成対象の区分	①	※下表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)		※別紙1のCの額の千円未満切捨て	
<input type="checkbox"/> ① 実施要綱の(1)の①又は③のに該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 <input type="checkbox"/> ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に対し協力する施設・事業所					
取組内容 ※該当する取組をチェックすること					
(1)利用者受入に係る連絡調整、職員確保【共通】					
<input checked="" type="checkbox"/> 追加で必要となる人材確保の実施 (<input checked="" type="checkbox"/> 自法人職員による対応(時間外等) <input type="checkbox"/> 人材派遣等の活用 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 利用者の引き継ぎに係る連絡調整					
(2)職員の応援派遣【共通】					
<input checked="" type="checkbox"/> 職員の応援派遣の実施 派遣先事業所名 社会福祉法人△△ 障害者支援施設△△ホーム					

(別紙1) 積算内訳の合計(C)の額が、自動で表示されます。

応援派遣をした場合は、派遣先の障害福祉サービス施設・事業所名を必ず記入してください。

取組内容でチェックを入れた取組にかかった経費を、(別紙1)の積算内訳に記載します。

2. 障害福祉サービス等事業所との連携支援

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
2. (1)	職員諸手当等	90,460	職員時間外手当及び休日手当 53,640円×1人 36,820円×1人(いずれも9月分)
2. (2)	旅費	202,400	職員応援派遣に伴う宿泊費 8,800円×10日×1人 8,800円×13日×1人
合計(C)		292,860	

「(参考) 事業ごとの対象経費と費目の例」を参考にして、費目、所要額(円)、用途・品目・数量等を記載してください。

3 個票の記入例（8）別紙2確認書A. B.

助成対象の区分が①の場合、別紙2のA. 又はB. に記載が必要です。

助成対象の区分が①であって、利用者又は職員に感染者が発生した施設・事業所の場合はA. に記載します。

(別紙2) 感染者発生等の確認表

助成対象の区分が①～②の場合A. 又はB. を、区分④の場合はC. に記載してください。

A. 利用者又は職員に感染者が発生したに関する確認書

感染者が発生したことを確認した日	令和5年9月1日
埼玉県又は指定権者である市町村に事故報告した日	令和5年9月1日
事故報告の提出先名称	埼玉県障害者支援課

B. 濃厚接触者の対応に係る確認書

感染者と接触があった者の氏名	浦和 三郎
感染者と接触があった者であると施設・事業所が確認した日	令和5年9月1日
感染者と接触があった者のサービス利用日	
職員に感染者と接触があった者が発生し職員が不足した。	職員の不足が発生した事実有り <input checked="" type="checkbox"/>
濃厚接触者確認に至る経緯について、施設・事業所の申請書（支援記録、業務日誌等）に記録している。	記録有 <input checked="" type="checkbox"/>

C. 感染拡大防止

通常形事業所

助成対象の区分が①であって、職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合はB. に記載し、「職員の不足が発生した事実有り」の□にチェックを入れます。

3 個票の記入例 (9) 別紙2 確認書 A. B.

助成対象の区分が②の場合、別紙2のB. に記載が必要です。

助成対象の区分が②の場合はB. に記載します。

(別紙2) 感染者発生等の確認表

助成対象の区分が①～②の場合A. 又はB. を、区分④の場合はC. に記載してください。

A. 利用者又は職員に感染者が発生したに関する確認書

感染者が発生したことを確認した日	
埼玉県又は指定権者である市町村に事故報告した日	
事故報告の提出先名称	

B. 濃厚接触者の対応に係る確認書

感染者と接触があった者の氏名	浦和 三郎
感染者と接触があった者であると施設・事業所が確認した日	令和5年9月1日
感染者と接触があった者のサービス利用日	令和5年9月1日
職員に感染者と接触があった者が発生し職員が不足した。	職員の不足が発生した事実有り <input type="checkbox"/>
濃厚接触者確認に至る経緯について、施設・事業所の内部文書(支援記録、業務日誌等)に記録している。	記録有 <input checked="" type="checkbox"/>

C. 感染拡大地域等に係る確認書(助成対象の区分が②)

通常形態でのサービス提供中に発生した感染者
 事業所で感染者

濃厚接触者確認に至る経緯について、施設・事業所の内部文書(支援記録、業務日誌等)に記録している場合は、にチェックを入れます。
 記録が無い場合は、補助対象になりません。

※本資料へ虚偽

3 個票の記入例 (10) 別紙2確認書 C. D.

助成対象の区分が④の場合、別紙2のC. に記載が必要です。

C. 感染拡大地域等に係る確認書(助成対象の区分が④の場合に提出)

通常形態でのサービス提供が困難であり 休業を行った場合であって感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る。)に該当します。

助成対象の区分が④の場合は、C. を確認の上、該当している場合は、にチェックを入れます。

3 個票の記入例 (11) 別紙3 自費検査に係る理由書

自費検査の費用を申請する場合は、助成対象の区分に関わらず、別紙3理由書の提出が必要です。

該当するものにチェックを入れてください。
その他にチェックした場合は、理由を記載してください。

(別紙3) 自費検査に係る理由書

1. (4)の自費検査に係る費用を補助金交付申請する場合は、この理由書の提出が必要です。

A. 対象者について

当施設・事業所が実施した自費検査の対象者は以下のとおりです。(該当するもの全てにチェック)

- 感染者と同居する職員
- 面会后、面会に来た家族等が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所(居)者
- 感染者と接触があったものと同居する利用者
- その他感染が疑われる理由がある利用者又は職員 ()

B. 対象要件について

当施設・事業所が実施した自費検査は、以下の要件に該当します。(2つの要件を満たさない場合は対象外です。)

- 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生している、又は感染拡大地域に所在する施設・事業所である。
- 保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断され、当施設・事業所が必要と判断し実施した自費検査である。

※記載された内容について、保健所に確認をとる場合があります。

※本資料へ照会の記載があった場合は、補助金の返還や指定取消となる場合があります。

対象要件に該当する場合は、
にチェックを入れてください。

3 個票の記入例 (12) プルダウンにサービスが無い場合

サービス種別のプルダウンメニューに該当するサービスが無い場合、次のとおり入力します。

サービス種別	入力方法
宿泊型自立訓練	「自立訓練（生活訓練）」を選択してください。
就労移行支援（養成施設）	「就労移行支援」を選択してください。
重度障害者等包括支援	「居宅介護」を選択してください。

【記入例】 宿泊型自立訓練の場合

自立訓練（生活訓練）を選択します。

事業所・施設の状況	フリガナ	マルマルソウ		障害福祉サービス等事業所番号	
	事業所・施設の名称	〇〇荘			1152012347
	サービス種別	自立訓練（生活訓練）			
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 362 - 0809) 伊奈町中央4-355			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	管理者の氏名	桶川五郎			
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1を記載 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載				

一つの事業所で、宿泊型自立訓練と自立訓練（生活訓練）を実施している場合であって、両方のサービスについて補助金を申請する場合、サービス種別が「自立訓練（生活訓練）」の個票を2つ作成し、申請してください。事業所番号も同一となります。

例 個票1 宿泊型自立訓練分 → サービス種別は「自立訓練（生活訓練）」
 個票2 自立訓練（生活訓練）分 → サービス種別は「自立訓練（生活訓練）」

4 個票の集約（1法人で複数事業を運営している場合）

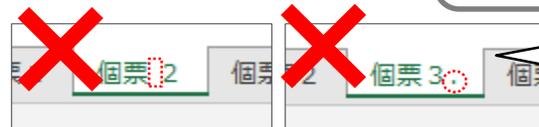
事業所ごとに作成した個票を一つのファイルにまとめ、シート名を個票1、個票2、個票3～と連番になるよう変更します。

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z AA AB AC AD AE AF AG AH AI AJ AK AL AM AN AO AFAG AFASA	
1	(様式3)事業所・施設別個票
2	
3	フリガナ ショウガイシヤシエンシセツ マルマルノサト 障害福祉サービス事業所番号
4	事業所・施設の名称 障害者支援施設 ○○の里 1152012345
5	サービス種別 施設入所支援
6	事業所・施設の所在地 (郵便番号 362 - 0014)
7	上尾市本町3-1-1
8	連絡先 電話番号 048-XXX-XXXX E-mail xxx@marumarukai.jp
9	管理者の氏名 北本次郎
10	事業区分 <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1を記載
11	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載
12	
13	1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 基準単価 1,019 千円 所要額 2,197 千円
14	助成対象の区分 ① ※下欄から該当する番号を1つ選択して記入 ※別紙1のAの額の千円未満切り捨て
15	① 利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)
16	② 濃厚接触者に対応した短期入所サービス事業所、入所施設、共同生活援助事業所、訪問系サービス事業所
17	③ 県又は市町村から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所サービス事業所
18	④ 発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した施設・事業所(①、②の場合を除く)
19	⑤ ①、②以外の事業所であって、当該事業所の職員により 自宅で生活している利用者に対して、できる限りのサービスを提供した通所系サービス事業所(※通常形態でのサービス提供が困難であり、感染を未然に防ぐために代替 措置を取った場合(近隣自治体 や近隣施設・事業所で感染者が発生している場合又は感染拡大地域である場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る。)
20	取組内容 ※該当する取組の口をチェックすること

シート名: 個票1 個票2 個票3 個票4 個票5

※ 1法人1事業の場合、この作業は必要ありません。

シート名を「個票1」「個票2」と連番にします。
(記入例は1法人で5事業分申請する場合)



シート名にスペースが入っていたり、ピリオドなど不要な文字があったりするとエラーになり、集計されません。

5 申請額一覧の確認

個票のシート名を正しく変更すると、申請額一覧シートに、各個票に入力したデータが反映されます。（申請額一覧シートに、申請者が入力する必要はありません。）

(単位:千円)													申請額計(e)	備考
No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 [利用者の居宅への訪問によるサービスを行った事業所]			2. 障害福祉サービス等事業所との連携支援			申請額計(e)	備考			
				基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)			基準単価(d)		
1	1152012345	障害者支援施設 ○○の里	施設入所支援	1,013	2,197	1,013				506	30	30	1,043	
2	1152012346	生活介護○○センター	生活介護	631	730	631	631	730	631	316	30	30	1,292	
3	1152012347	○○荘	自立訓練(生活訓練)	228	706	228							228	
4	1152012348	児童デイ○○センター	放課後等デイサービス	257	220	220							220	
5	1152012349	○○荘	計画相談支援	50	44	44							44	
合計						2,136			631				60	2,196

1 ページ

個票に入力したデータと一致しているか、確認してください。

6 総括表の記入例（1）

総括表に法人名等を入力します

（様式1）総括表

障害福祉サービス事業所等に対する新型コロナウイルス感染症対応
かかり増し経費補助金交付実績報告書

（宛先）

埼玉県知事 大野元裕

令和 4 年 2 月 18 日

標記について、次のとおり申請します。

・法人の名称を記載してください。

記載例：特定非営利活動法人〇〇ネットワーク
△△△株式会社

申請担当者に連絡がとれる電話番号とアドレスを記載してください。

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン マルマルカイ			
	法人名称	社会福祉法人 〇〇会			
	所在地	(郵便番号 362 - 0014) 上尾市本町 3 - 1 - 1			
	連絡先	電話番号	048-XXX-XXXX	E-mail	xxx@marumarukai.jp
	代表者の職・氏名	職名	理事長	氏名	彩野 国子
	申請に関する担当者	職名	事務局長	氏名	川口 一郎

この補助金の申請担当者を記載してください。

代表者の職名・氏名を記載してください。

記載例：代表理事 △△ 三郎、代表取締役社長 ▽▽ 和子

6 総括表の記入例（2）

申請内容が、申請額一覧や個票のデータと一致しているか確認します。

申請内容		1. 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援		2. 障害福祉サービス等事業所との連携支援	
象	助成対	事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
通所系	療養介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	生活介護	1 か所	631 千円	1 か所	30 千円
	自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	自立訓練（生活訓練）	1 か所	228 千円	0 か所	0 千円
	就労移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	就労継続支援A型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	就労継続支援B型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	医療型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	放課後等デイサービス	1 か所	220 千円	0 か所	0 千円
入所・居住系	短期入所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	施設入所支援	1 か所	1,013 千円	1 か所	30 千円
	共同生活援助（介護サービス包括型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	共同生活援助（日中サービス支援型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	共同生活援助（外部サービス利用型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	福祉型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	医療型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
訪問系	居宅介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	重度訪問介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	同行援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	行動援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	就労定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	自立生活援助	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	保育所等訪問支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
相談系	計画相談支援	1 か所	44 千円	0 か所	0 千円
	地域移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	地域定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	障害児相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円
	小計	5 か所	2,136 千円	2 か所	60 千円
合計 (1+2)					2,196 千円

申請額一覧に表示された分が、自動的に総括表に表示されます。入力の必要はありません。

合計額を確認してください。

6 総括表の記入例（3）受取口座情報

補助金が振り込まれる口座情報を記載してください。
記載誤りがあると、補助金が振り込まれませんのでご注意ください。

支店名は、通帳を確認の上、間違いのないよう
お願いします。

通帳に記載されているカナ名義をそのまま記
載してください。

受取口座情報													
金融機関名	支店名			口座種別	口座番号 (右詰めでお書きください)							口座名義(上段:カナ名 下段:口座名義)	
◇◇銀行	〇〇支店			普通	1	2	3	4	5	6	7	フク) マルマルカイ	
	支店コード	1	2		3	社会福祉法人 〇〇会							

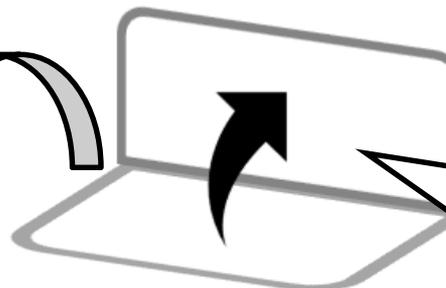
プルダウンメニュー
から普通又は当
座を選択します。

口座番号は右詰
めで入力します。

口座名義が、申請者の法人名と一致してい
ない場合、補助金を振り込むことができません。

さらに、受取口座情報に記載した口座の預
金通帳の写しをスキャンし、PDFファイル等で
メールに添付してください。

COPY
(PDFファ
イル)

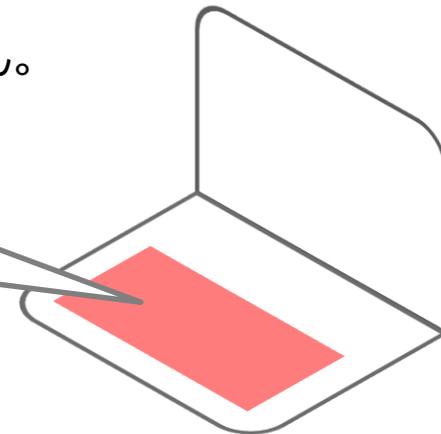


※ 通帳の表紙ではなく、
金融機関の名称、口
座番号、名義人が記
載されている通帳の先
頭の見開きページの写
しを添付してください。

6 総括表の記入例（４）ゆうちょ銀行の場合

※ ゆうちょ銀行の場合は、「記号・番号」は記入しないでください。
「記号・番号」を記載した場合、補助金を振り込むことができません。

通帳の先頭の見開きページの下部にある、**振込用の店番、口座番号**を記入してください。

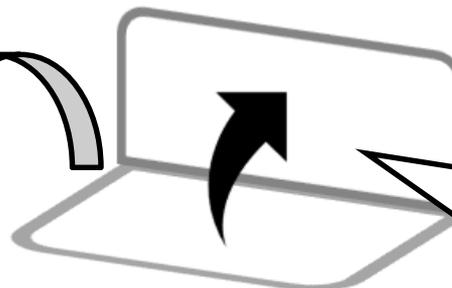


口座番号は7桁です。

受取口座情報												
金融機関名	支店名			口座種別	口座番号 (右詰めでお書きください)							口座名義(上段:カナ名義、下段:口座名義)
ゆうちょ銀行	○三八支店			普通	1	2	3	4	5	6	7	フク) マルマルカイ
	支店コード	0	3		8							

さらに、受取口座情報に記載した口座の預金通帳の写しをスキャンし、PDFファイル等でメールに添付してください。

COPY
(PDFファイル)



※ 通帳の表紙ではなく、金融機関の名称、口座番号、名義人が記載されている通帳の先頭の見開きページの写しを添付してください。

6 総括表の記入例（5）

申請内容が、申請額一覧や個票のデータと一致しているか確認してください。
全てよろしければ、最後に確認事項を確認し、チェックボックスにチェックを入れます。

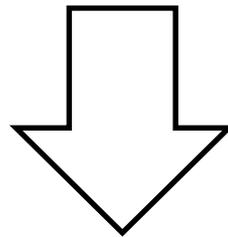
・確認事項

- 「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」に規定する暴力団員が代表者、構成員である団体は本補助金を申請できません。
- 申請内容に虚偽が判明した場合は、当該補助金の返納に加え、規則に定める、加算金及び延滞金を県に納付することになります。
- この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金・補助金を受けていません。
- この補助事業に係る収入及び支出等に関する証拠書類を適切に整備保管します。

※内容を確認のうえ、必ずチェックを入れてください



確認事項を確認し、チェックボックスにチェックを入れてください。



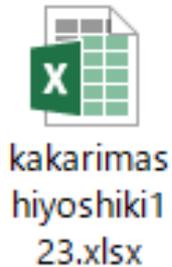
これで申請書はできました。次ページから申請方法になります。

8 電子メールによる申請書ファイルの提出

申請書のエクセルファイルと、通帳の写しのファイルを電子メールに添付して、県障害者支援課に送信します。

ファイル名を、代表となる事業所の事業所番号に変更してください。

①申請書



ファイル名を事業所番号に変更します。



11560XXX
XX.xlsx

②通帳の写し

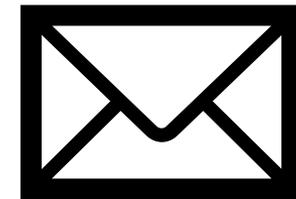


11560XXX
XX.pdf

通帳の写しはPDFファイルか画像ファイルにして、ファイル名は同じく事業所番号に変更してください。

電子メールに添付して送信します。

添付



送信

10 メールの送信先アドレス

申請書ができたら、電子メールに添付して、以下のアドレスに送信してください。

県障害者支援課メールアドレス a3300-16@pref.saitama.lg.jp

<電子メールに添付するファイル>

- 補助金交付申請書兼実績報告書（様式1、2、3）（エクセルファイル）
- 通帳の写し（PDFファイル等）

【重要】

県障害者支援課に電子メールで申請書が届いた場合、**10日以内に受領確認の返信メールがあります。**

もし、**10日が経過しても受領確認メールが届かない場合**は、県障害者支援課に電話でお問合せください。

【問合せ先】

埼玉県障害者支援課 総務・市町村支援担当

- 電話番号：048-830-3319
- 受付時間：8:30～17:15（土日祝日を除く）
- メールアドレス：a3300-16@pref.saitama.lg.jp

1 1 領収書等の証拠書類の保管について

Q 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。

A 支出した費用の金額・品目等を申請書に記載すれば領収書等の証拠書類の提出は不要です。

ただし、領収書等の証拠書類は、施設・事業所において適切に保管し、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管して下さい。（令和8年度末(令和9年3月末)まで）

会計検査等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、補助金の返還を求められる場合がありますので、不備のないよう証拠書類を保管して下さい。

Q 人件費のうち「割増賃金・手当」などは、領収書は無いが、どのように証拠書類を整備すればよいか。

A 人件費であって、そもそも領収書をとらない経費については、賃金台帳等の証拠書類中に、支給した職員やその内容・額及び、本補助金の対象となる業務であることや、本補助金の交付申請を行った経費である旨を明確に記載又は添付しておいてください。。

領収書等の証拠書類の保管について

Q 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。

A 支出した費用の金額・品目等を申請書に記載すれば領収書等の証拠書類の提出は不要です。

ただし、領収書等の証拠書類は、施設・事業所において適切に保管し、交付決定日の属する年度の終了後5年間保管して下さい。（令和10年度末(令和11年3月末)まで）

会計検査等の際、証拠書類の原本が確認できない場合は、補助金の返還を求められる場合がありますので、不備のないよう証拠書類を保管して下さい。

Q 人件費のうち「割増賃金・手当」などは、領収書は無いが、どのように証拠書類を整備すればよいか。

A 人件費であって、そもそも領収書をとらない経費については、賃金台帳等の証拠書類中に、支給した職員やその内容・額及び、本補助金の対象となる業務であることや、本補助金の交付申請を行った経費である旨を明確に記載又は添付しておいてください。。