

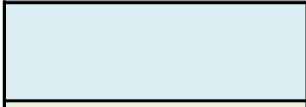

このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)をお願いいたします。

①申請担当者情報

担当者名	京都太郎
担当者電話番号	075-414-4600
担当者メールアドレス	shogaishien@pref.kyoto.lg.jp

※申請は法人単位で行ってください。

②記入における注意点（必ずお読みください）

1.  ←水色のセルに記入してください。
2.  ←緑色のセルはプルダウンから選択してください。
3. シート名を変更しないでください。
4. 不要なシートも削除しないでください。
5. セル内の数式を削除しないでください。
6. 印刷範囲外の文字・数字を削除しないでください。
7. 「個票15」より右側に、「費目」「収支予算書」「口座振込申出書」「委任状」のシートがあります。
※委任状は必要な場合のみ記入
8. 申請書の記入後、必ず別添の「申請前チェックシート」を御一読ください。

このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)をお願いいたします。

第1号様式（第6条関係）

令和5年11月12日

京都府知事 西脇隆俊 様

申請者	法人名	社会福祉法人京都
	代表者役職名	理事長
	代表者氏名	上京 次郎
	法人所在地	京都府京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町

京都府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業費補助金交付申請書

京都府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要領に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

1 補助金交付申請額 636,000 円

2 添付書類

- (1) 申請額一覧（別紙1）
- (2) 施設・事業所別個票（別紙2） ※施設・事業所別に作成のこと
- (3) 支出する経費に係る見積書（写し）等
- (4) 事業収支予算書（別紙3）
- (5) 口座登録申出書
- (6) その他参考となる資料

別紙1 申請額一覧

No.	事業所番号	施設・事業所名	サービス種別	1. 障害福祉サービス施設・事業所等の サービス継続支援事業			1. 障害福祉サービス施設・事業所等の サービス継続支援事業(利用者の居宅へ訪問し サービスを行った事業所)			2. 障害福祉サービス施設・事業所等 との協力支援事業			申請額計(g)
				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)	所要額(e)	申請額(f)	
1	2611111111	城陽事業所	生活介護	631	312	312				316	400	316	628
2	2622222222	木津川事業所	就労継続支援B型				294	8	8				8
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
合計						312			8			316	636

このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)にお願いいたします。

(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)」及び「基準単価(d)」は、「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱」の別添1に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は「(別紙2)施設・事業所別個票」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(c)」は、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。

別紙2 施設・事業所別個票

施設・事業所の名称	城陽事業所	このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)をお願いいたします。	障害福祉サービス等事業所番号
提供サービス	生活介護		2611111111
施設・事業所の所在地	京都府城陽市〇〇〇番地〇号		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

☑ 該当する区分に〇をつけてください。

事業区分	<input type="radio"/>	障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業→以下①を記入
	<input type="radio"/>	障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業→以下②を記入

① (障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業)

☑ 該当する番号の欄に〇をつけてください。(複数選択可)

<input type="radio"/>	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 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29) →以下(1)を記入
<input type="radio"/>	②	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。)に対応した施設・事業所 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 11~No. 25) →以下(1)を記入
<input type="radio"/>	③	感染等の疑いのあ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障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く) (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 12~No. 15) →以下(2)を記入
<input type="radio"/>	④	①以外の事業所であって、居宅で生活している利用者に対して、当該事業所の職員が利用者の居宅等への訪問により、できる限りのサービスを提供した事業所 ※ 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。) →以下(3)を記入 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 10)

☑ 該当する口に✓をつけてください。(複数選択可)

基準単価	631 千円	所要額	312 千円
------	--------	-----	--------

(1)	<input checked="" type="checkbox"/>	施設・事業所の消毒・清掃の実施 (<input checked="" type="checkbox"/> 自施設や自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施 <input type="checkbox"/> その他)
	<input checked="" type="checkbox"/>	感染者又は感染者と接触があった者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品を購入 <input type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理
	<input type="checkbox"/>	事業継続に必要な人員確保の実施 (<input 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"/>	連携先事業所への協力依頼 (連携先への依頼内容 <input type="text"/>)
	<input type="checkbox"/>	一定の要件に該当する自費検査の実施(国実施要綱別添2のとおり、障害者支援施設又は共同生活援助事業所に限る)
以下に係る費用は、代替サービス提供期間の分に限る		
	<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う人員確保の実施 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料) <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
	<input type="checkbox"/>	緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース
(2)	<input type="checkbox"/>	一定の要件に該当する自費検査の実施(国実施要綱別添2のとおり、障害者支援施設又は共同生活援助事業所に限る)

基準単価	631 千円	所要額	千円
------	--------	-----	----

(3)	<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う人員確保の実施 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料) <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
	<input checked="" type="checkbox"/>	緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース

【積算内訳】

☑ 千円未満を切り捨てないでください。

取組番号	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)	給与	205,300	感染発生に対応した職員の割増賃金 6人分
(2)	需用費	107,252	マスク50箱 ほか衛生用品等
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			
(7)			
(8)			
(9)			
(10)			
(11)			
(12)			
(13)			
(14)			
(15)			
(16)			
(17)			
(18)			
(19)			
(20)			
合計(①)		312,552	

② (障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業)

☑ 該当する番号の欄に○をつけてください。

○	① ①の①に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29) ➡以下(1)を記入
○	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 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29) ➡以下(2)を記入

☑ 該当する口に✓をつけてください。(複数選択可)

基準単価	316 千円	所要額	400 千円
------	--------	-----	--------

- (1) 利用者の受入に際し、追加で必要となる人員確保の実施 (自法人職員による対応 (時間外等) 人材派遣等の活用 その他)
- (2) 職員の応援派遣の実施
 派遣先事業所名 ()
 派遣先事業所を運営する法人名 ()

【積算内訳】

☑ 千円未満を切り捨てないでください。

取組番号	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)	給与	400,980	感染者が発生した△△事業所に対し、当事業所から派遣した職員の割増賃金
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			
(7)			
(8)			
(9)			
(10)			
(11)			
(12)			
(13)			
(14)			
(15)			
(16)			
(17)			
(18)			
(19)			
(20)			
合計 (2)		400,980	

別紙2 施設・事業所別個票

施設・事業所の名称	木津川事業所	このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)にお願いいたします。	社サービス等事業所番号 262222222
提供サービス	就労継続支援B型		※多機能事業所は、サービス種別毎に別紙2を作成すること。
施設・事業所の所在地	京都府木津川市〇〇〇番地〇号		
電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

☑ 該当する区分に〇をつけてください。

事業区分	<input type="radio"/>	障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業→以下①を記入
	<input type="radio"/>	障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業→以下②を記入

① (障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業)

☑ 該当する番号の欄に〇をつけてください。(複数選択可)

<input type="radio"/>	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 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29)	→以下(1)を記入
<input type="radio"/>	②	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。)に対応した施設・事業所 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 11~No. 25)	→以下(1)を記入
<input type="radio"/>	③	感染等の疑いのあ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障害者支援施設又は共同生活援助事業所(①、②の場合を除く) (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 12~No. 15)	→以下(2)を記入
<input type="radio"/>	④	①以外の事業所であって、居宅で生活している利用者に対して、当該事業所の職員が利用者の居宅等への訪問により、できる限りのサービスを提供した事業所 ※ 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。) (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 10)	→以下(3)を記入

☑ 該当する□に✓をつけてください。(複数選択可)

基準単価	294 千円	所要額	千円
------	--------	-----	----

(1)	<input type="checkbox"/>	施設・事業所の消毒・清掃の実施 (<input type="checkbox"/> 自施設や自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施 <input type="checkbox"/> その他)
	<input type="checkbox"/>	感染者又は感染者と接触があった者への対応に伴い在庫不足が見込まれる衛生・防護用品を購入 <input type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理
	<input type="checkbox"/>	事業継続に必要な人員確保の実施 (<input 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"/>	連携先事業所への協力依頼 (連携先への依頼内容)
	<input type="checkbox"/>	一定の要件に該当する自費検査の実施(国実施要綱別添2のとおり、障害者支援施設又は共同生活援助事業所に限る)

以下に係る費用は、代替サービス提供期間の分に限る

<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う人員確保の実施 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料) <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
<input type="checkbox"/>	緊急かつ一時的に必要な車や自転車のリース <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース

(2)	<input type="checkbox"/>	一定の要件に該当する自費検査の実施(国実施要綱別添2のとおり、障害者支援施設又は共同生活援助事業所に限る)
-----	--------------------------	---

基準単価	294 千円	所要額	8 千円
------	--------	-----	------

(3)	<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う人員確保の実施 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料) <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
	<input checked="" type="checkbox"/>	緊急かつ一時的に必要な車や自転車のリース <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース

【積算内訳】

☑ 千円未満を切り捨てないでください。

取組番号	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)	賃借料	8,600	職員が、感染者と同居する利用者の居宅を訪問して健康管理を行うための自転車のリース費用
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			
(7)			
(8)			
(9)			
(10)			
(11)			
(12)			
(13)			
(14)			
(15)			
(16)			
(17)			
(18)			
(19)			
(20)			
合計(①)		8,600	

② (障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業)

☑ 該当する番号の欄に○をつけてください。

①	①の①に該当する施設・事業所に対し、協力する施設・事業所 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29)	➡以下(1)を記入
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 (国実施要綱別添1 対象サービスNo. 1~No. 29)	➡以下(2)を記入

☑ 該当する口に✓をつけてください。(複数選択可)

基準単価 147 千円 所要額 千円

(1) 利用者の受入に際し、追加で必要となる人員確保の実施 (自法人職員による対応 (時間外等) 人材派遣等の活用 その他)

(2) 職員の応援派遣の実施
 派遣先事業所名 ()
 派遣先事業所を運営する法人名 ()

【積算内訳】

☑ 千円未満を切り捨てないでください。

取組番号	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)		0	

このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)にお願いいたします。

別紙 3

事業収支予算書

1 収入の部 (単位：円)

区 分	予 算 額	内 訳
府 補 助 金	636,000	
補助対象事業に係る収入		
自 己 資 金	86,132	
そ の 他		
合 計	722,132	

2 支出の部 (単位：円)

区 分	予 算 額	内 訳
補 助 対 象 経 費	需用費	107,252 衛生用品等
	委託費	0
	賃借料	8,600 自転車のリース費用
	賃金	0
	給与	606,280 職員給与
	職員諸手当等	0
	旅費	0
	共済費	0
	役務費	0
	報償費	0
	補助対象経費計(A)	722,132
	補助対象外経費(B)	0
合 計 (A + B)	722,132	

注 1の「合計」欄の額と2の「合 計 (A + B)」額の欄は、一致させてください。

口座振込申出書

このファイルは記入例(PDF)です。実際の記入は、別添の「02 申請様式」(Excel)にお願いいたします。

京都府新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金については、下記の口座に振込んでいただきますようお願いいたします。

記

郵便番号	602-8570		
住所	京都府京都市上京区下立売通新町西入藪ノ内町		
住所フリガナ	キョウトフキョウトシカミギョウクシモダチウリドオリシンマチニシイルヤブノウチチヨウ		
電話番号	075-414-4600	F A X 番号	075-414-4597
金融機関名	〇〇銀行		
支店名	〇〇支店		
預金種目	普通預金		
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
口座名義人	社会福祉法人京都 理事長 上京次郎		
口座名義人フリガナ	シャカイフクシホウジンキョウト リジチヨウ カミギョウジロウ		

注：

(1) 補助金の振込口座は、原則として代表者名義のものとしします。(代表者名義以外の口座に振込を希望する場合は、別途の委任状の提出が必要です。)

(2) 代表者が替わる等の理由で、年度内に振込口座が変わる場合は必ず事前に電話連絡の上、新しい口座振込申出書を提出願います。(連絡なしで口座の解約等をされますと、補助金の振込が遅れる場合があります。)

(3) 住所欄には、**法人本部の住所**を記載してください。

(4) 上記の記載欄には必ずすべて記入してください。

担当者名 京都太郎

電話番号 075-414-4600

メールアドレス shogaishien@pref.kyoto.lg.jp