

記載要領（国保連申請用）

1 個票（様式第3-1号）について

最初に個票を作成します（薄い黄色で塗りつぶされているセルが入力可能です）。

様式第3-1号(別表第1関係)事業所・施設別個票(国保連申請)			
事業所・施設 の 状 況	フリガナ	シュウロウケイゾクシエンビョウカクジキョウシヨ マルマル	
	事業所・施設の名称	就労継続支援B型事業所 ○○	
	サービス種別	就労継続支援B型	定員 人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 020 - 8570 ) 盛岡市○○町△番地 <small>※定員は療養介護、施設入所支援、障害児入所施設のみ記載</small>	
	連絡先	電話番号 019-***-****	E-mail ****@pref.iwate.jp
	管理者の氏名	盛岡 次郎	
<b>&lt;積算内訳&gt;</b>			基準単価 7,000 円 所要額 8,000 円
品目(マスク等)	所要額(円)	数量等	
マスク	2,094	698円×3箱	
消毒液	3,990	798円×5本	
パルスオキシメーター	2,850	2,850円×1個	
<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <p>品目は、衛生用品(マスク、手袋、消毒液等)や備品(パーテーション、パルスオキシメーターに限る)となります。</p> </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <p>・対象期間(令和3年10月1日から12月31日)の発生費用について、記載してください。</p> </div>			
合計(①)	8,934		
<b>誓約事項</b>			
<input type="checkbox"/>	令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金及び令和3年度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における介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業の助成金交付を受けていない。		
<input type="checkbox"/>	この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。		
<input type="checkbox"/>	この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。		
<input type="checkbox"/>	サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。		
<b>口座情報</b>			
<input type="checkbox"/>	国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	本事業は原則、国保連合会のシステムを活用した補助金の交付を予定しています。(債権譲渡がある場合等を除く)	
<input type="checkbox"/>	国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	債権譲渡されていない場合は、左欄に○を入れて下さい。 ※債権譲渡されている場合、都道府県に申請して下さい。	

OK

全部OKとなったら申請可能

OK

OK

OK

(1) 事業所・施設の状態を記載します。

- 事業所・施設の名称（フリガナ）
- 事業所番号
- サービス種別（プルダウンして選択（記載欄の右側のボタンを押す））
- 定員（療養介護、施設入所支援、障害児入所支援のみ記載）
- 事業所・施設の所在地
- 連絡先
- 管理者の氏名

(2) 積算内訳を記載します（薄い黄色で塗りつぶされているセルが入力可能です）。

- 品物名を記載
- 所要額（円）に金額を記載
- 金額に対応する数量等を記載
- 合計（①）は所要額（円）の合計が記載されます（自動）。
- 表右上の基準単価は、施設種別に対応して金額が入ります（自動）。
- 表右上の所要額は、合計（①）の額の千円未満切り捨ての金額が入ります（自動）。

(3) 誓約事項、口座情報

内容を確認し、全ての項目に「○」と入力願います（プルダウンして「○」を選択）

(4) 最終確認

欄外の右側の朱書き部分がすべて「OK」となれば、作成完了です。

誓約事項		OK
25		OK
26	<input type="radio"/> 令和3年度新型コロナウイルス感染症感染拡大防止継続支援補助金及び令和3年度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における介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業の助成金交付を受けていない。	
27		
28	<input type="radio"/> この補助事業と対象経費を重複して、他の助成金を受けていない。	
29	<input type="radio"/> この補助事業に係る収入及び支出等に係る証拠書類を適切に整備保管する。	
30	<input type="radio"/> サービス種別・申請金額等の申請内容に相違ない。	
31		
口座情報		OK
32		OK
33	<input type="radio"/> 国保連合会に登録されている口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	
34	<input type="radio"/> 国保連合会に登録されている口座は債権譲渡されていない	
35		OK
36		
37		

（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** 個票2 個票3 様式第4号変更申請書 様式第5号実績報告書 様式6-1 精算

(5) 複数の事業所がある場合は、個票をコピーして、個票2，個票3・・・と連番を振って作成してください。

## 2 申請額一覧（様式第2号）について（自動作成）

様式第2号(別表第1関係)事業所・施設別申請額一覧										(単位:円)
No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果 (都道府県記入)
1	就労継続支援B型事業所 ○○	0000000000	就労継続支援B型	019-***-****	盛岡市○○町△番地	社会福祉法人岩手県○○会	7,000	8,000	7,000	OK
2	就労移行支援事業所○○	0000000001	就労移行支援	0194-**-****	花巻市○○町○番地	社会福祉法人岩手県○○会	7,000	9,000	7,000	OK
3	障害者支援施設 △△	0000000100	施設入所支援(定員61人以上)	0197-**-****	北上市○○町○番地	社会福祉法人岩手県○○会	40,000	40,000	40,000	OK
4										

個票を正確に作成すると、自動作成されます（欄外右側に「OK」と表示されます）。  
全ての個票が反映されているか確認してください。

基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果 (都道府県記入)
			申請できません
7,000	9,000	7,000	OK
40,000	40,000	40,000	OK

誤りがある場合は、欄外に「申請できません」と表示されますので、左側のNo.の個票を確認して修正してください。

### 3 総括表（様式第1号）について

最後に総括表の申請者の部分を記載します（薄い黄色で塗りつぶされているセルが入力可能です）。

様式第1号（別表第1関係）総括表							
障害者支援施設等感染症対策継続事業費補助金交付申請書							
						令和 4 年 2 月 5 日	
岩手県知事 達増 拓也 様							
標記について、次のとおり申請します。							
申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジノイワケンマルマルカイ					
	名称	社会福祉法人岩手県〇〇会					
	所在地	(郵便番号 020 - 8570 )					
		盛岡市内丸10-1					
	連絡先		電話番号	019-629-5447	E-mail	ad0006@pref.iwate.jp	
	代表者の職・氏名		職名	理事長	氏名	岩手一郎	
	申請に関する担当者※		職名	事務局長	氏名	盛岡次郎	

#### (1) 申請者を記載します。

- 名称（フリガナ）
- 所在地
- 連絡先（電話番号、E-mail）
- 代表者の職・氏名（職名、氏名）
- 申請に関する担当者（職名、氏名）

申請内容		事業所・施設数	申請額
障害福祉サービス施設・事業所等における感染防止対策支援事業			
通所系	1 療養介護（定員40人以下）	か所	円
	2 療養介護（定員41人～60人）	か所	円
	3 療養介護（定員61人以上）	か所	円
	4 生活介護	か所	円
	5 自立訓練（機能訓練）	か所	円
	6 自立訓練（生活訓練）	か所	円
	7 就労移行支援	1 か所	7,000 円
	8 就労継続支援A型	か所	円
	9 就労継続支援B型	1 か所	7,000 円
	10 就労定着支援	か所	円
	11 自立生活援助	か所	円
	12 児童発達支援	か所	円
	13 医療型児童発達支援	か所	円
	14 放課後等デイサービス	か所	円
小 計		2 か所	14,000 円
短期入所	15 短期入所	か所	円
小 計		か所	円
入所・居住系	16 施設入所支援（定員40人以下）	か所	円
	17 施設入所支援（定員41人～60人）	か所	円
	18 施設入所支援（定員61人以上）	1 か所	40,000 円
	19 共同生活援助（介護サービス包括型）	か所	円
	20 共同生活援助（日中サービス支援型）	か所	円
	21 共同生活援助（外部サービス利用型）	か所	円
	22 福祉型障害児入所施設（定員40人以下）	か所	円
	23 福祉型障害児入所施設（定員41人～60人）	か所	円
	24 福祉型障害児入所施設（定員61人以上）	か所	円
	25 医療型障害児入所施設（定員40人以下）	か所	円
26 医療型障害児入所施設（定員41人～60人）	か所	円	
27 医療型障害児入所施設（定員61人以上）	か所	円	
小 計		1 か所	40,000 円
訪問系	28 居宅介護	か所	円
	29 重度訪問介護	か所	円
	30 同行援護	か所	円
	31 行動援護	か所	円
	32 居宅訪問型児童発達支援	か所	円
	33 保育所等訪問支援	か所	円
小 計		か所	円
相談系	34 計画相談支援	か所	円
	35 地域移行支援	か所	円
	36 地域定着支援	か所	円
	37 障害児相談支援	か所	円
小 計		か所	円
合 計		3 か所	54,000 円

(2) 申請額を確認します。

個票（様式第3-1号）と申請額一覧（様式第2号）と突合します。