

令和4年度茨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 説明資料（簡易版）

【注意事項】

この資料では補助金の全体像をイメージしやすくするため、簡略化した説明をしています。
対象事業所や経費等の詳細については、ホームページの他の項目や交付要項も参照してください。

1 | 当補助金の概要

■ 趣旨

介護サービス事業者に対し、新型コロナウイルス感染症の流行下でサービスを継続するための
かかり増し経費を補助します。

■ 補助対象

- (ア) 感染者が発生したり、濃厚接触者に対応した事業所
- (イ) 感染流行に伴い、利用者の居宅でサービスを提供した通所系事業所
- (ウ) 感染者が発生した事業所から利用者の受け入れや、応援職員の派遣をした事業所

■ 対象期間

令和4年1月27日～令和5年3月31日 ※予算等の都合により変更する場合があります

2 | 主な対象経費

感染症対応のために発生したかかり増し経費が補助対象です。

衛生用品購入費

感染防止、消毒のための消耗品の購入費

例 | 使い捨てグローブ、マスク、消毒液 等

人件費

感染症対応のために生じた、かかり増し賃金

例 | 時間外労働、夜勤手当 等

消毒・清掃費

施設内を消毒・清掃するための費用

例 | 清掃業務の委託、清掃用品の購入 等

感染性廃棄物処理費

感染リスクのある廃棄物を処理するための費用

例 | 処理業務の委託、ゴミ袋の購入 等

自費検査費用

行政検査の対象とならなかった検査の費用

※ 一定の要件を満たした場合のみ

施設内療養費

感染者が入院できず施設内で療養した際に

適用される補助

3 | 自費検査費用について

入所系施設で以下の要件をすべて満たす場合のみ、自費で行った検査費用が補助対象となります。

■ 施設の利用者や職員に感染が発生する前の検査である。

■ 以下のいずれかの者に行った検査である。

- ・ 濃厚接触者と同居する職員
- ・ 発熱等の症状（※）があるが、保健所等により経過観察を指示された職員
（※）新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱、呼吸器症状、頭痛、全身倦怠感など
- ・ 面会後に、面会に来た家族が感染者または濃厚接触者であることが判明した入所者

■ 上記の者に対して施設等としては感染疑いがあると判断するが、保健所、受診・相談センターまたは地域の医療機関の判断では行政検査の対象とされず、個別に検査を実施した。

■ 以下の①及び②のいずれの要件にも該当する

- ① 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生した場合、または感染拡大地域における施設等
- ② 保健所、受診・相談センターまた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とならないと判断された場合に、施設等の判断で実施した自費検査

4 | 施設内療養費について

入所系施設で感染者が入院できず施設内で療養した際に補助されます。療養人数や期間に関わらず補助される「基本補助」と、一定の要件を満たした場合に補助される「追加補助」があります。

基本補助 (別表4 参考1)

■ 要件

- ・ 療養人数や期間に関わらず、施設内療養を行った場合に補助

■ 補助額

- ・ 一人あたり一日1万円



追加補助 (別表4 参考2)

■ 要件

- ・ 療養日が特定の期間内であること
※令和4年1月27日～令和5年3月31日
- ・ 同一日に一定以上の人数が療養していること
※小規模施設(定員29人以下)の場合2名以上
大規模施設(定員30人以上)の場合5名以上

■ 補助額

- ・ 要件を満たす日に限り、一人あたり一日1万円
- ・ 1施設あたりの上限額は小規模施設で200万円、大規模施設で500万円

5 | 個別協議とは？

当補助金は事業所のサービス種別や定員ごとに「基準単価」が定められており、通常は基準単価が補助上限額となります。ただし、厚生労働省と個別協議を行い、特に必要と認められた場合には、基準単価を超えて補助を受けることができます。

例 | 基準単価：380万円 所要額：450万円 の場合

基準単価 (a)：380万円

事業所のサービス種別・
定員ごとの**補助上限額**

所要額 (b)：450万円

事業所のサービス種別・
定員ごとの**補助対象経費**

- ・ 衛生用品購入費
- ・ 人件費
- ・ 施設内療養費
(基本補助・追加補助) 等



■ 個別協議を希望しない場合

申請額 (c)

基準単価と所要額を比較して少ない金額
= **基準単価 (a) 380万円** での申請

■ 個別協議を希望する場合

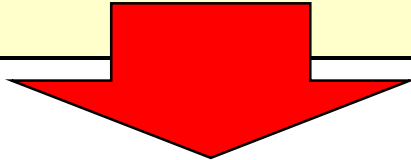
申請額 (c)

基準単価を超えた所要額
= **所要額 (b) 450万円** での申請

6 | 「基準単価」と「所要額」

提出書類のうち、個票（様式第1号-3,6）を作成すると、「基準単価」と「所要額」を確認できます。

(様式第1号-3) 事業所・施設別個票【令和4年度に生じた費用分】

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 △△△△			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 △△△△			08XXXXXXXX	
	サービス種別	介護老人福祉施設	定員	100	人	
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 301 - 0000) ※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載 茨城県水戸市◇◇◇町○○				
	連絡先	電話番号	029-301-0000	E-mail	xxxx@xx.or.jp	
	管理者の氏名	施設長 ○○○○				
区分	<input checked="" type="checkbox"/> (ア)、(イ)					
	<input type="checkbox"/> (ウ)					
(ア)、(イ)	基準単価		3,800 千円	所要額		4,500 千円
助成対象の区分	ア①	※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)			※別紙の①の額の千円未満切り捨て	

7 | 提出書類

必ず提出する書類

- 交付申請チェックシート
- 交付申請書（様式第1号）
- 様式第1号添付書類（様式第1号-1～6）
 - ・ 総括表
 - ・ 申請額一覧
 - ・ 個表
- 支出の根拠書類
 - ・ 衛生用品購入などの領収書
 - ・ 人件費の積算表 等



必要に応じて提出する書類

自費検査を実施した場合

- 自費検査チェックリスト（別表3参考）

施設内療養を実施した場合

- 施設内療養チェックリスト
（別表4参考1、参考2）

個別協議を希望する場合

- 個別協議様式（別添1、2）

8 | 補助金申請の流れ



個別協議を希望する場合

県での審査が完了してから、県を通して厚生労働省との個別協議を行います。

※ 通常より交付決定等が2～3ヶ月程度遅くなる見込みですので、ご承知のうえで申請してください。

注意事項

※申請書類の提出日について、「15日までに提出の場合は翌月（16日以降に提出の場合は翌々月）交付決定する」という意味であり、「必ず15日までに提出しなければならない」ものではありません。

9 | 申請方法

■ 提出方法

審査を迅速に行えるよう、メールで提出してください。

※支出の根拠書類（領収書等）など、メールでの送信が難しいものについては、郵送でも差し支えありません。

■ 提出先

茨城県長寿福祉課 介護保険指導・監査G

住 所 | 〒310-8555 茨城県水戸市笠原町978-6

メール | [kaigojigyoun\(a\)pref.ibaraki.lg.jp](mailto:kaigojigyoun(a)pref.ibaraki.lg.jp) ※ (a)を@に変更して送信してください

■ 注意事項

※ メールの件名は「令和4年度サービス提供体制確保事業費補助金交付申請」にしてください。

※ 県のメールサーバの都合により、容量の大きいメールは受信できない場合があります。

添付ファイルの容量が8MBを超える場合はメールを2通以上に分けるか、郵送してください。