

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		事業所・施設数	申請額
訪問系	28 居宅介護	0 か所	0 円
	29 重度訪問介護	0 か所	0 円
	30 同行援護	0 か所	0 円
	31 行動援護	0 か所	0 円
	32 居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 円
	33 保育所等訪問支援	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
相談系	34 計画相談支援	0 か所	0 円
	35 地域移行支援	0 か所	0 円
	36 地域定着支援	0 か所	0 円
	37 障害児相談支援	0 か所	0 円
小 計		0 か所	0 円
合 計		1 か所	30,000 円

申請額一覧のデータが自動的に表示されます

(別紙2) 事業所・施設別個票

事業所・施設の状況	フリガナ	ショウガ イノベーション		事業所番号	3200000000
	事業所・施設の名称	障害者支援施設			
	サービス種別	施設入所支援 (定員41人~60人)	定員	20	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 000 - 0000)		※定員は療養介護、施設入所支援、障害児入所施設のみ記載	
	連絡先	電話番号	0000-00-0000	E-mail	xxx@xxx.xx
	管理者の氏名	●● ●●			

※サービス種別をプルダウンで選択してください。プルダウン選択が出来ない場合は、以下にある該当種別をコピーし、貼り付けてください(自分で入力しない)。
(貼り付け方法)
1 該当種別のセルを右クリックし、コピーします。
2 左のサービス種別の入力欄を右クリックし、「値」で貼り付け

プルダウンに定員がある場合は、定員が整合しているか確認してください

1,000円未満の場合は申請できません。

<積算内訳>		基準単価	30,000 円	所要額	60,000 円
品目(マスク等)	所要額(円)	数量等			
マスク	5,500	●●枚			
手袋	5,500	●●枚			
ガウン	8,800	●●枚			
フェイスシールド	5,500	●●個			
ゴーグル	5,500	●●個			
消毒液	8,800	●●ml×●●本			
パーティション	20,900	●●台			
合計(①)	60,500				

OK

「サービス種別」を選択することで、基準額が表示されます。

所要額が、1000円未満の場合、申請額がゼロとなります。
※1,000円未満は申請できません。

全ての項目に○をつけないと申請出来ません。

誓約事項	
<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。

OK

「NG」の場合は誓約事項のチェック漏れです。

全ての項に該当することを確認の上で○をつけてください

口座情報		
<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

「NG」の場合は口座情報のチェック漏れです。

債権譲渡されている場合は、空欄としてください
※債権譲渡されている場合の提出先は、島根県障がい福祉課になります。

OK

誓約事項と口座情報が「OK」の場合にこのセルは「OK」となり、申請額一覧シートに数値が反映されます。
※1,000円未満は申請できません。