

様式8 (第8条関係)

実績報告は交付決定額が上限となります。  
慰労金振込手数料の追加交付が必要な場合は別途申請してください。

埼玉県介護サービス感染症対応・再開支援事業補助金事業 実績報告書

(宛先)  
埼玉県知事

提出日を記入  
3/31 までに提出

令和3年〇月〇〇日

役職名誤りが多いです  
役職・氏名は正確に御記入ください

法人所在地 〇〇県〇〇市〇〇 △丁目△△

法人名 株式会社□□□□

押印不要

交付決定通知の日付を記入

代表者  
役職・氏名 代表取締役 〇〇 〇〇

令和〇年〇月〇日付で交付決定を受けた埼玉県介護サービス感染症対応・再開支援事業補助金事業が完了したので、補助金の交付手続等に関する規則第13条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり報告します。

記  
慰労金、振込手数料、感染症対策費=千円未満は「000」  
※ 再開支援が含まれる場合のみ  
千円未満が「000」又は「500」

- 1 交付決定額 金 952,000円
- 2 実績額 金 901,000円
- 3 差引額 金 51,000円 (A+B+C)
- 4 報告事項

注1 返還がない場合

1 交付決定額=2 実績額、3 差引額=0円

注2 慰労金振込手数料の実績額は千円未満

切捨て

振込手数料の実績及び返還については次のページの例示を確認

返還がある項目のみチェック

- 慰労金の返還があります。(50,000円) (A)
- 慰労金振込手数料の返還があります。(1,000円) (B)
- 支援金の返還があります。( )円 (C)

慰労金振込手数料の返還について千円未満の端数がある場合は切上げ

※変更があった項目にチェック(✓)を入れてください。

連絡先及び交付決定通知番号(交付決定通知書右肩に記載)を御記入ください。

担当者氏名	〇〇〇〇〇
電話番号	000-000-0000
交付決定通知番号	例:第 601-CK00000001 号、第 601-NK00000001 号など

5 添付書類 ※支払い実績以外の記載の変更はしないこと。

(1) (様式1) 事業所・施設別申請額一覧 → 変更しない

(2) (様式2) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護分)に関する事業実施計画書(事業所単位) → 変更しない

(3) (様式3) 介護施設・事業所等職員慰労金受給職員表(法人単位)(支払い実績を記入したもの) → 支払実績欄のみ記入

・申請書をそのまま使ってください  
・申請時に差替えがあった場合は最終版を使用すること

・「職員表」シートのみ記入すること

## 振込手数料の実績及び返還（例）

### 1 交付決定額＞実際にかかった額の場合の例

例1 交付決定額 3,000円  
実際にかかった額 1,600円 の場合

1	交付決定額	<u>金3,000円</u>	
2	実績額	<u>金1,000円</u>	← 千円未満切捨て
3	差引額	<u>金2,000円</u>	(A+B+C)
4	報告事項		

慰労金振込手数料の返還があります。(2,000円)(B)  
↑  
千円未満切上げ

例2 交付決定額 1,000円  
実際にかかった額 700円 の場合

1	交付決定額	<u>金1,000円</u>	
2	実績額	<u>金 0円</u>	← 千円未満切捨て
3	差引額	<u>金1,000円</u>	(A+B+C)
4	報告事項		

慰労金振込手数料の返還があります。(1,000円)(B)  
↑  
千円未満切上げ

### 2 交付決定額＜実際にかかった額の場合の例

例3 交付決定額 3,000円  
実際にかかった額 3,800円 の場合

1	交付決定額	<u>金3,000円</u>	
2	実績額	<u>金3,000円</u>	← 千円未満切捨て
3	差引額	<u>金 0円</u>	(A+B+C)

☆余分にかかった振込手数料の額が千円を超える場合、追加申請することができます。

例4 交付決定額 3,000円  
実際にかかった額 4,200円 の場合

1	交付決定額	<u>金3,000円</u>	
2	実績額	<u>金3,000円</u>	← 千円未満切捨て
3	差引額	<u>金 0円</u>	(A+B+C)

この場合、千円分は追加申請できます。

※ 慰労金の申請期間は終了しています。

※ 支援金及び再開支援助成金の申請期間は1月31日までです。

(別添) (概算用)

令和 年 月 日

埼玉県知事 殿

(法人名) 埼玉県  
(役職・代表者名)

印

このシートは  
埼玉県介護サービス感染症対応・再開支援事業補助金 交付申請書  
変更しない

標記について、次により交付金を交付されるよう関係書類を添えて申請する。

申請額 : 94248 千円

(内訳)

- |                                |    |
|--------------------------------|----|
| 1. 介護慰労金事業                     | 千円 |
| 2. 感染症対策を徹底した上での介護サービス提供支援事業   | 千円 |
| 3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援への助成事業 | 千円 |
| 4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業     | 千円 |

(添付書類)

- 事業所・施設別申請額一覧 (様式1 及び別添)
  - 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金 (介護分) に関する事業実施計画書 (事業所単位) (様式2)
  - 介護慰労金受給職員表 (法人単位) (様式3)
  - 1～3の記載事項に疑義があると認めた場合、領収書、該当職員の勤務を証する書類、その他支出の証拠になる書面の提出を求めることがある
- 補助要件 ※内容を確認のうえ、必ずチェックを入れてください
    - 上記該当施設・事業所等の責任者 (管理者、施設長等) に県の指定する研修を受講させました。
  - 申請にあたっては、以下について誓約します。  
本交付要綱第3条第2項の各号のいずれにも該当していません。  
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します。  
他の補助金と重複して本補助金を申請していません。

【申請内容に関する連絡先】

申請法人住所	〒
部署名	
担当者氏名	
連絡先	電話番号
	FAX
	e-mail

(様式1) 事業所・施設別申請額一覧

リスト作成

No.	介護保険事業所番号	事業所・施設名	電話番号	郵便番号	住所	代表となる事業所・施設名	補助予定額(千円)					審査結果	
							介護慰労金	20万円対象者の有無	感染対策費用助成事業	個別再開支援助成事業	再開環境整備助成事業		合計
1	0000000000	埼玉県	000-000-0000	000-0000	埼玉県	(法人名) 埼玉県	952	有				952	
2													
3						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
4						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
5						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
6						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
7						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
8						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
9						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
10						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
11						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
12						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
13						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
14						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
15						(法人名) 埼玉県	952	有				952	
16						(法人名) 埼玉県	952	有				952	

(様式2) 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金(介護分)に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設概要

介護保険事業所番号 000000000 事業所名称 埼玉県

所在地 郵便番号 000-0000 都道府県名 埼玉県 住所 連絡先 電話番号 000-000-0000 担当部署名 福祉部

提供サービス サービス種類コード 定員 10 人 職員数(派遣含む) 10 人

事業区分  介護慰労金事業 → 1を記載  感染対策費用助成事業 → 2を記載  
 個別再興支援助成事業 → 3を記載  再興支援助成事業 → 4を記載

申請書を使って職員表のみ更新してください

申請時に差し替えがあった場合、必ず最終版の申請書を使用してください

1. 介護慰労金事業 申請額① 952 千円

2. 感染症対策を徹底した上で介護サービス提供支援事業 補助上限額 申請額 今回申請分② 千円  
既申請分 千円  
年度合計額 千円

【感染拡大防止対策や介護サービスの提供体制の確保のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

3. 在宅サービス事業所による利用者への対応 申請額③ 千円

利用者1人あたり単価(居宅介護支援以外共通)	確認方法	単価(円)	対象利用者数	人
	電話による確認	1,500		
	訪問による確認	3,000		
	電話による確認	1,500		
居宅介護支援のみ右欄に記載	電話による確認(看護師等が協力した場合)	4,500		
	訪問による確認	3,000		
	訪問による確認(看護師等が協力した場合)	6,000		

4. 在宅サービス事業所における環境整備への助成事業 補助上限額 申請額 今回申請分④ 千円  
既申請分 千円  
年度合計額 千円

【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等

このシートは変更しない

(様式3) 介護慰労金受給職員表(法人単位)

※ 本表は法人単位でまとめて記載すること。

氏名(漢字)	氏名(全角カナ)	生年月日(西暦)	本人の住所	主たる勤務先			分類	他の施設等との期間通算が	慰労金(万円)	確認事項				支払実績		
				事業所番号	サービス種類コード	施設区分				対応区分	委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日(西暦)	支払金額(円)
1	こぼとん	コバトン	1979.9.9	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし	該当	可	2021.1.5	50,000
2	こぼとん2号	コバトン	1970.9.10	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.7	50,000
3	こぼとん3号	コバトン	1970.9.10	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.7	50,000
4	こぼとん5号	コバ	1970.2.2	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.7	50,000
5	こぼとん8号	コバ	1978.9.16	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.10	50,000
6	こぼとん10号	コバ	1962.5.5	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.8	50,000
7	こぼとん11号	コバ	1995.3.3	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.4	50,000
8	こぼとん13号	コバ	1990.1.4	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.4	50,000
9	こぼとん14号	コバ	1987.4.1	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	あり		可	重複のため取り下げ	0
10	こぼとん15号	コバ	1964.3.31	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.5	50,000
11	こぼとん16号	コバ	2000.8.20	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	その他の施設	対象期間に10日以上勤務	5	あり	なし		可	2021.1.4	50,000
12	さいたま11号	サイ	2001.11.12	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	障害者(障害者施設)発生施設	住所系・施設者で10日以上勤務又は訪問者で障害者等に10日以上対応	20	あり	なし		可	2021.1.5	200,000
13	さいたま2号	サイ	1995.10.15	さいたま市浦和区高砂9-15-1	0000000	00	埼玉県	障害者(障害者施設)発生施設	住所系・施設者で10日以上勤務又は訪問者で障害者等に10日以上対応	20	あり	なし		可	2021.1.5	200,000
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																
32																
33																
34																
35																
36																
37																
38																
39																
40																

赤枠に本人への支払年月日及び支払金額を記

記入するのはこのシートのみ

取り下げがある場合  
 ・取下げ理由(簡潔に)  
 例) 重複のため取り下げ など  
 ・金額欄に「0」と記載