

医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金 申請マニュアル

Ver 1.3

<お問合せ先>

佐賀県エール支援金受付センター

電話番号 0952-20-0702

(問合せ受付時間)

3月 3月17日以降の平日 9:00～18:00 (土曜日、日曜日、祝日は休み)

4月 平日 9:00～19:00 土曜日 9:00～18:00 (日曜日、祝日は休み)

5月 平日・土曜日 9:00～18:00 (日曜日、祝日は休み)

詳細は県のホームページをご確認ください。

県ホームページ <https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00379234/index.html>

【改訂履歴】

版	ページ	主な改訂内容 (概要)
Ver1.0 (2021/3/10)		新規作成
Ver1.1 (2021/3/11)	P8 P9-P10	(3) <下段部分>項目ごとの説明 ⇒<上段部分>を<下段部分>に修正 【様式第1号】給付申請書 給付条件確認欄 ⇒④、⑧の記載を修正
Ver1.2 (2021/3/15)	P13	【個人給付申請書】(様式第3号) ⇒(表面)の画像を修正
Ver1.3 (2021/3/17)	P4 P9	2.3 給付の申請回数 ⇒「～処理のために～」を「～処理のために～」に修正 【様式第1号】給付申請書 給付条件確認欄 ⇒②の2つ目※の記載を修正

<目次>

- 1 本支援金の対象について
 - 1.1 本支援金の目的について
 - 1.2 対象者の確認及び委任状の回収等
- 2 申請
 - 2.1 申請方法の確認
 - 2.2 重複申請の禁止
 - 2.3 給付の申請回数
 - 2.4 申請書等の入手
 - 2.5 申請書等の入力・記載
- 3 支援金の給付決定
- 4 支援金の支給
- 5 退職した従事者等への対応について
- 6 個人申請について
- 7 委託会社等の従事者等について

本支援金の申請までの流れ（代理申請の場合）

- ① 対象となる従業者を確認する（⇒1～3 ページ）
- ② 対象者から委任状をとる（⇒3 ページ、11～12 ページ）
- ③ 給付申請書様式（エクセル）に必要事項を入力する（⇒5～10 ページ）
- ④ 佐賀県エール支援金受付センターに給付申請書（エクセル）を提出する
（⇒4 ページ）

※紙の給付申請書が必要な場合は、佐賀県エール支援金受付センターにご連絡ください。

1. 本支援金の対象について

1.1 本支援金の目的

この支援金は、新型コロナウイルス感染症の影響が長期化する中、県内の医療、介護、福祉、保育等の現場において、感染予防に相当程度の負担を抱えながらも、患者や利用者と直に接する業務に従事するなど、佐賀県の医療、介護、福祉、保育等の最前線で働いている職員等に対し、感謝の気持ちとともにエールを送るため、対象者1人当たり6万円を給付するものです。

1.2 対象者の確認及び委任状の回収等

この支援金の申請については、効率的かつ迅速な給付を行うために、給付対象者が勤務する施設等の設置者等が、従事者等から委任を受けて施設ごとにまとめて代理申請を行う方法を原則とします。

また、支援金の給付は県から従事者等の個人口座への直接振込みにより行います。

① 対象となる従事者等の確認

支援金は、以下の（１）及び（２）のいずれにも該当する方が対象となります。

（１） 令和2年7月1日から令和3年3月31日までの間に、次に掲げる県内の施設等で通算して20日以上勤務した従事者等であること。

- ア) 保険医療機関（専ら健康診断業務を行う医療機関を含む。）
- イ) 宿泊療養施設（新型コロナウイルス感染症の軽症者等に対するフォローアップ業務等に従事した日数が20日以上である場合に限る。）
- ウ) 訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者に限る。）
- エ) 助産所（実際に妊産婦と接した日数が20日以上である場合に限る。）
- オ) 指定介護（予防）サービス事業所・施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業を実施する事業所・施設（ただし、福祉用具貸与・販売事業所は、利用者と接した日数が20日以上である場合に限る）
- カ) 指定障害福祉サービス施設・事業所及び地域生活支援事業所（地域活動支援センター、日中一時支援、盲人ホーム、福祉ホーム、移動支援事業、訪問入浴サービス、障害者相談支援事業、基幹相談支援、盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業を行うものに限る。）
- キ) 保護施設
- ク) 地域共生ステーション（県への届出事業者に限る。）
- ケ) 保険薬局

- コ) 赤十字血液センター
- サ) 認可保育所（保育所型認定こども園含む）・幼保連携型認定こども園・幼稚園（幼稚園型認定こども園含む）
- シ) 地域型保育事業所（施設で集団的保育を実施する場合に限る。）
- ス) 認可外保育施設（施設で集団的保育を実施する場合に限る。）
- セ) 放課後児童クラブ
- ソ) 一時預かり事業・病児保育事業実施施設
- タ) 児童養護施設・乳児院・児童心理治療施設・母子生活支援施設
- チ) 自立援助ホーム・ファミリーホーム
- ツ) 福祉タクシー（一般乗用旅客自動車運送事業（福祉輸送事業限定）の許可を受けたタクシー事業者をいう。）、福祉有償運送（道路運送法施行規則第49条第1項第3号に規定する運送を行う者をいう。）その他これらに類する福祉輸送サービスを行う者（実際にア）からチ）に掲げる県内の施設に患者や利用者を移送又は同乗し乗降介助した日数が20日以上である場合に限る。）

(2) 県支援金の目的に照らし、前号に掲げる各施設等又は患者や利用者の居宅等において、患者や利用者とは直に接する（対面する、会話する又は移送する等、患者や利用者自身を対象とする対応をいう。）業務（前号に掲げる施設等において継続して提供することが必要な業務に限る。）を行っていた従事者等であること。なお、当該従事者等の雇用形態は問いません。

それぞれの従事者等が給付対象となるか否かについて、別途県が作成するQ&A等を参考にして、施設ごとに対象者を整理いただくようお願いします。

※1 「通算して20日以上勤務」について

- 対象期間（令和2年7月1日から令和3年3月31日までの間）に20日以上勤務した者が対象となります。
- 一日当たりの勤務時間は問いませんが、年次有給休暇や育休等、実質勤務していない場合は、勤務日として算入しません。夜勤などで日をまたぐ場合は2日と数えてください。
- 複数の県内の対象施設等で勤務した場合は勤務日を合算することができます。
- 自施設の勤務日数が20日未満の従事者等が、県内の他法人の対象施設での勤務日数を合算する場合については、当該従事者等に対し、他施設における勤務日数証明を取得するよう促してください。

※2 「患者や利用者とは直に接する」について

- 今回の支援金は、新型コロナウイルス感染症の影響が長期化する中で、感染予防に相当程度の負担を抱えながら患者や利用者とは直に接する業務に従事されている

方に感謝の気持ちとともにエールを送る趣旨ですので、患者や利用者と対面する、会話する、移送するなど、直接人を対象とする業務に限定しています。単に「同じ空間で作業する」のみの場合は対象となりません。

② 対象となる従事者等の委任状の回収

代理申請にあたっては、対象となる従事者等から、支援金の代理申請委任状（様式第2号）を徴収してください。

詳細は、P11の代理申請委任状（様式第2号）を参照してください。

2. 申請

支援金の給付申請は、佐賀県エール支援金受付センターの申請受付窓口で行います。

※ 申請締切は令和3年5月31日（月）です。

2.1 申請方法の確認

申請方法は、原則 WEB 申請システムによる申請（WEB 環境がない場合は、郵送による申請）となります。

※WEB 申請システムは準備中のため、当面、電子メールによる申請を受け付けます。持参による申請受付はできませんのでご注意ください。

①電子メールによる申請

次のメールアドレスあてに給付申請書（様式第1号）を送付してください。

ouensaga@ouensaga.com

②郵送による申請

次の宛先（郵便局留め）に給付申請書（様式第1号）を送付してください。

（郵送の宛先）封筒の表面に以下を記載してください。

〒840-8770

佐賀中央郵便局留め 佐賀県エール支援金受付センター 宛て

※WEB 申請システムは準備中のため、準備が整いましたら県のホームページ（<https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00379234/index.html>）でご案内します。

2.2 重複申請の禁止

この支援金は勤務実績のある複数の施設等からの申請等による重複給付を受けることはできません。

なお、この支援金は主として勤務する施設等の設置者等で申請いただくことを基本とします。2か所以上の対象施設等に勤務し、いずれの施設等でも20日以上勤務するなどの要件を満たす場合には、重複申請となることのないようご注意ください。

2.3 給付の申請回数

この支援金の申請回数は1施設につき1回を原則としますが、給付申請後に申請漏れ者が発覚した場合等は、漏れ者のみに係る追加の給付申請は可能です。

なお、効率的かつ迅速な処理のために、申請時に給付対象の従事者等に漏れないかよく

ご確認ください。

2.4 申請書等の入手

申請書等の電子ファイルは、県のホームページからダウンロードしてください。

○佐賀県ホームページ <https://www.pref.saga.lg.jp/kiji00379234/index.html>

2.5 申請書等の入力・記載

各施設等での入力いただくのは、以下の様式となります。以下に様式ごとに内容と入力いただく上での留意事項を記載しておりますので、ご確認ください。

<様式目次>

【様式第1号】 給付申請書

【様式第2号】 代理申請委任状

【様式第3号】 個人給付申請書

⚠ エクセルファイルのシート名「様式1」は変更しないでください。

【様式第1号】給付申請書

(1) 概要

給付申請書（様式第1号）は各施設単位で作成してください。（法人でまとめて提出する場合も各施設単位で作成してください。）

<給付申請書 上段部分> 下段部分は（3）をご確認ください。

(2) <上段部分>項目ごとの説明

様式第1号					
医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金 給付申請書					
佐賀県知事 山口 祥義 宛					
標記の件について、以下のとおり給付を申請します。					
申請日 <small>西暦で入力ください。 例 2021/4/1</small>	①	2021/4/1	医療機関等コード若しくは事業所番号 (10桁)	②	
施設等の名称	③		施設区分	大分類	小分類
				④ 医療関係	保険医療機関
施設等の所在地	郵便番号		住所		
		-	⑤		
施設等の設置者 又は管理者の氏名	法人の場合は法人名称	代表者又は管理者の役職	代表者又は管理者の氏名	施設等の設置者 又は管理者の住所	法人の場合は所在地
	⑥				⑦
連絡先	⑧	担当部署	担当者氏名	連絡先電話番号	連絡先メールアドレス
佐賀県が本支援金を給付するために、提出される申請者情報・個人情報及び口座情報は委託業者及び指定金融機関に提供することに同意する。また、「医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金給付要綱」第6条第1項各号及び第2項には該当しない。					⑨
※今回の佐賀型エール支援金は、所得税法の非課税規定に基づき、非課税所得に該当します。					
※なお、本事業において新たに入手した情報は、本事業実施のためのみに用い、その他の目的で使用することはありません。					
佐賀県型エール支援金 給付申請額					
	科目	人数	申請額(円)		
	佐賀県型エール支援金(全体対象人数)	⑩	0		

- ① 申請日は西暦です（例：2021/4/1）
- ② 医療機関コード若しくは事業所番号
 ※詳細は別紙1、別紙2をご確認ください。
 ※事業所番号は別紙2の介護施設・障害福祉サービス施設等が対象です。
 ※医療機関コード若しくは事業所番号が無い保育施設等は記載の必要はありません。
- ③ 施設等の名称
- ④ 施設区分を大分類⇒小分類の順番で選択してください。
 ※保護施設、地域共生ステーション、福祉タクシー・福祉有償運送等については小分類はありません。
- ⑤ 施設等の住所（施設等の所在地）

⑥ 施設等の設置者又は管理者の氏名

※法人の場合は

法人名称

代表者又は管理者の役職、氏名

を入力してください。

⑦ 施設等の設置者又は管理者の住所

⑧ 連絡先

※担当部署名がない場合は、事務など職名で構いません。

※電話番号、メールアドレスは半角英数

⑨ 県が提出される申請者情報等を委託業者に提供することに同意し、給付要綱第6条第1項各号及び第2項には該当しないことを確認して「はい」を選択。

※第6条第1項各号及び第2項とは

第1項

(1) 暴力団

(2) 暴力団員

(3) 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者

(4) 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者

(5) 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与する等直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者

(6) 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

(7) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

第2項

前項の(2)から(7)までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人

⑩ 支援金対象人数

※給付申請書の下段部分の対象従事者等一覧の人数と同じであることをご確認ください。

※申請額は人数を入力すると自動計算されます。(人数×6万円)

※人数と申請額が空欄でないことをご確認ください。

(3) <下段部分>項目ごとの説明

従事者情報欄

佐賀県型エール支援金 対象従事者等一覧							
従事者情報							
管理番号	従事者氏名 (漢字) 姓と名の間は 空けてください。	従事者 フリガナ (カタカナ) 姓と名の間は 空けてください。	生年月日 西暦で入力ください。 例 2021/4/1	従事者 住所	金融機関名	金融機関コード	支店名
①		②					
3							
4							
5							
6							
7							

従事者情報

① 管理番号

※従事者の人数が、上段部分(給付申請額)の人数と同じであることをご確認ください。

※行数が足りない場合は、「行挿入」により必要な行を増やしてください。

② 従事者氏名・フリガナ・住所・生年月日・住所

※氏名・フリガナは、姓と名の間は一文字空けてください。

※生年月日は、必ず西暦で入力ください。(例：1990/4/1)

口座情報欄

従事者等一覧							
口座情報 (ゆうちょ銀行を含む)							
金融機関名	金融機関コード	支店名	支店コード	預金種別 ①	② 口座番号 (右詰め)	口座名義	口座名義 (フリガナ)

① 預金種別 ※プルダウンで選択

② 口座番号 ※右詰めで記入してください。

給付条件確認欄

給付条件確認							
【A】 業務内容	【B】 R2.7.1から R3.3.31までの 期間における 延べ勤務日数 ※	【C】 給付条件(勤務日 数、業務内容)を満 たすことを証する 書類の保存 (済み/無し)	【D】 他施設での 勤務日数を合算 する場合 当該他施設名	【E】 【D】の場合の 勤務証明取得 (済み/無し)	【F】 委託会社等の従 事者である場合 委託会社等の 名称を記入	【G】 【F】の場合の 勤務証明取得 (済み/無し)	【H】 委任状 敬収 (済み/無し)
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
	必須項目			該当の場合のみ			必須項目

- ① 業務内容
※プルダウンで選択
- ② 延べ勤務日数
※プルダウンで選択
※宿泊療養施設、助産所、福祉用具貸与・販売事業所に勤務する者又は福祉タクシー、福祉有償運送その他これらに類する福祉輸送サービスを行う者については、医療・介護・保育の現場への佐賀型エール支援金給付要綱第3条（1）に規定する業務にかかる日数。
- ③ 給付条件を証する書類
※プルダウンで選択
※出勤簿などの勤務記録は会計検査等で提出を求められることがあるので紛失しないように保管してください。
※会計検査で勤務記録等の証拠書類が確認できなかった場合は返納等の措置の対象となる可能性があります。
- ④ 他施設等での勤務日数の合算（該当の場合のみ）
※合算する場合は他施設の名称を入力
※他施設等で勤務していても自施設の勤務日数のみで給付要件を満たすため合算しない場合は入力する必要はありません。
- ⑤ 他施設等での勤務日数を合算する場合（該当の場合のみ）
※プルダウンで選択
※他施設等での勤務日数を合算する場合は、該当する他施設等の全ての勤務証明書があることを確認し、紛失しないように保管してください。
- ⑥ 委託会社等の従事者である場合（該当の場合のみ）
※委託会社等の会社名を記入 例) 株式会社●●
※委託会社等の従事者も委任状が必要です。
- ⑦ 委託会社等の従事者の勤務証明（該当の場合のみ）

※プルダウンで選択

※委託会社等の従事者についても③と同様に勤務証明の取得・保管が必要です。

⑧ 委任状の徴収

※プルダウンで選択

※対象となる従事者全員から委任状を徴収し、紛失しないように保管してください

※委任状が未徴収の場合は支援金の給付ができません。

【様式第 2 号】代理申請委任状

(1) 概要

代理申請委任状（様式第 2 号）は、従事者が施設の設置者等に対して給付申請の代理委任を行うための委任状様式です。

申請時に提出はせずに、施設等の設置者等で保管するようにお願いします。

委任状には、代理申請を設置者等に委任する前提として、①個人申請並びに他の施設等から支援金の給付申請を行わないこと、②給付要綱第 6 条第 1 項各号に該当しないこと（暴力団排除条例関係）、③申請内容に虚偽があった場合又は複数施設等からの給付申請によって支援金の給付を複数回受けた場合は、不当利得として速やかに佐賀県に支援金を返還する旨を記載しています。

代理申請委任状（様式第 2 号）は施設単位でまとめて委任状を集める場合を想定していますが、従事者等から一人 1 枚ずつ代理申請委任状（様式第 2 号）を集める等、委任状が複数枚にわかれても構いません。従事者等から委任状を集める必要がありますので、自施設の実情に応じて従事者等に対して、委任状の内容確認を行った上で署名等を行うよう依頼してください。

委任状を集めた従事者等については、給付申請書（様式第 1 号）の対象従事者等一覧の【I】列「委任状徴収」欄についてプルダウンから「済み」を選択してください。

(2) 項目ごとの説明

① 施設の設置者等

※①の欄は給付申請書

（様式第 1 号）の

「施設等の設置者 又は
管理者の氏名」欄から
自動転記されます。

② 氏名・生年月日・住所等

※代理申請を委任する
従事者の氏名

（自署又は記名押印）、
生年月日、住所

③ 申請を委任する金額

※従事者一人当たり
60,000 円を記入

様式第2号				
佐賀県知事 山口 祥義 様				
医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金 代理申請委任状				
下記の者は、				
① 今回の医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金の申請について、個人申請並びに他の施設から重複して給付申請を行わないこと及び、				
② 医療・介護・福祉・保育の現場への佐賀型エール支援金給付要綱第 6 条第 1 項各号に該当しないこと及び、				
③ 申請内容に虚偽があった場合又は個人申請並びに他施設からの申請によって複数回本支援金の給付を受けた場合は、不当利得として速やかに佐賀県知事に本支援金を返還すること				
を確認・誓約し、 0 ① 0 を代理申請者と定め、				
本支援金の給付申請に関する権限を委任します。				
この委任状は、県への提出は不要です。ただし、本支援金の代理申請を証するものとして、県からの求めがあった場合に速やかに提出できるよう、施設において、適切に保管しなければなりません。				
記				
管理番号	氏名（自署又は記名押印）	生年月日	住所	申請を委任する金額
		②		③

⚠ 委任状の提出がない従事者等については、支援金の代理申請を行うことはできません。
代理申請を行う従事者等全員分の委任状を集めて保管をお願いします。

▲ 従事者等から提出された委任状や、勤務実績を証明する書類（出勤簿等）については、受給した日の翌年度から5年間、施設等の設置者等で紛失しないように保管してください。審査等の過程で必要に応じて県から提出を求めることがあります。また、会計検査において提出を求められることがあります。

3 支援金の給付決定

申請内容の審査を行い、支援金の給付が決定すると対象の施設等の設置者等に給付決定通知書が送付されますので、金額等に間違いがないかを確認してください。

4 支援金の給付

支援金は給付申請書（様式第1号）の対象従事者等一覧に記載された従事者等の個人の振込先口座に、佐賀銀行を通じて振り込まれます。

申請の混雑状況によりますが、申請から給付まで概ね半月程度を見込んでください。

5 退職した従事者等への対応について

既に施設等を退職した従事者等の支援金については、原則として、当時勤務していた対象施設等からほかの職員と同様に代理申請をお願いします（事情により、当時の勤務先から申請できない場合は、個人による申請も可能としています）。

なお、個人申請の申請書に、対象期間中に勤務していた施設等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」がありますので、当該欄への記入にご協力いただきますようお願いします。

6 個人申請について

既に施設等を退職した従事者等の支援金についても、原則として当時勤務していた対象施設等からの代理申請をお願いしていますが、事情により、当時の勤務先から申請できない場合は、個人申請を行うことになります。

個人申請にあたっては、支援金の給付対象となるかを審査するため、個人申請の申請書に、対象期間中に勤務していた施設等が記入する「申請者の業務内容等の証明欄」を設けています。対象期間中に勤務していたが、すでに退職した従事者等から相談がありましたら、以下の個別申請の申請書例の赤枠内の「申請者の業務内容等の証明欄」への記入にご協力いただきますようお願いいたします。

※「申請者の業務内容等の証明欄」に施設等で記入してもらうほか、同様の内容を勤務証明書として施設等で発行していただき、申請書に添付して提出することも可能です。勤務証明書の様式案を別途県のホームページに掲載するのでご活用ください。

【個人給付申請書】（様式第3号）

（表面）

（裏面）

- ① 施設区分 ※別添の施設区分一覧を参照して該当する施設区分を記入してください。
- ② 勤務先施設での業務内容
※次頁の業務内容の記載例を参考に記入してください。

(参考：業務内容の記載例)

医療業務
看護業務
介護・支援等業務
健診・採血等業務
調剤・服薬指導等業務
窓口対応業務
運転・乗降介助業務
保育等業務
乳幼児等支援等業務

7 委託会社等の従事者等について

支援金は、施設等で仕事をする委託会社や派遣会社（以下「委託会社等」という。）の従事者等も、患者や利用者と直に接する業務に従事していれば給付の対象となり得ます。給付対象となるか否かの整理については、自施設の従事者等と同様に行っていただく必要があります。患者や利用者と直に接する業務に従事している以上、施設等において委託会社等の従事者を特定しているはずですが、委託会社等の現場責任者を通じるなどして、委託会社等と調整して、対象者を整理いただくようお願いします。

給付申請は給付対象者が勤務する施設等の設置者等による代理申請が原則となりますので、御協力をお願いします（委託会社等からは申請できません）。

- ・ 施設等の設置者等は、委託会社等に対し、対象となる従事者等の氏名や勤務日数等の情報を提出するよう依頼してください。提出された内容を確認いただき、自施設の従事者等とまとめて給付申請書（様式第1号）を作成してください。
- ・ 委託会社等に対し、対象となる従事者等に係る支援金の代理申請の委任状（様式第2号）の回収を依頼してください。
- ・ 施設等の設置者等において、委託会社等の従事者等も含めて代理申請をすることが難しい場合は、個人申請となります。その場合、委託会社等とも調整のうえ委託会社等の従事者等へ個人申請をする必要がある旨お知らせください。なお、当該従事者等に対して勤務証明書を発行してください。

【医療機関等コード】

対象：保険医療機関、保険薬局、訪問看護ステーション、助産所、赤十字血液センター

都道府県番号 2 桁、点数表番号 1 桁、郡市区番号 2 桁、医療機関等番号 4 桁、検証番号 1 桁の算用数字を組み合わせた計 10 桁の医療機関等コードを入力してください。

(助産所コードを有さない助産所、赤十字血液センターは「999999999」を入力してください)

医療機関等 コード (10 桁)	4	1	1	1	1	1	1	1	1
	都道府県番号		点数表番号	郡市区番号		医療機関等番号			

都道府県番号 点数表番号 郡市区番号 医療機関等番号 検証番号

※都道府県番号は「4 1」の共通です。

※点数表番号は、以下の一覧をご参照ください。

※下 7 桁（群都市番号・医療機関等番号・検証番号）は、九州厚生局（佐賀事務所）ホームページの医療機関番号と同じです。

(URL : https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kyushu/gyomu/gyomu/hoken_kikan/index.html)

医療機関コード；点数表番号一覧

点数表	コード
助産所	0
医科	1
歯科	3
調剤	4
訪問看護	6

【事業所番号】

対象：指定介護（予防）サービス事業所・施設等

介護報酬を算定している事業所・施設等は、事業所番号（10桁）を入力してください。

介護報酬を算定していない、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅及び介護予防・日常生活支援総合事業のうち介護予防・生活支援サービス事業を実施する事業所・施設については、「9999999999（10桁）」を入力してください。

対象：指定障害福祉サービス施設・事業所等

報酬を算定している指定障害福祉サービス施設・事業所は、事業所番号（10桁）を入力してください。

地域生活支援事業所については、「9999999999（10桁）」を入力してください。