

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する サービス継続支援事業費補助金交付要綱

(目的)

第1条 県は、愛媛県補助金等交付規則（平成18年愛媛県規則第17号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱の定めるところにより、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱（以下、「実施要綱」という。）に基づく、新型コロナウイルス感染症による影響を受けている障害福祉サービス施設・事業所等が障害福祉サービスを継続して提供するために必要な経費に対し、予算の範囲内で令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金（以下「補助金」という。）を交付することにより、障害福祉サービスの継続を支援することを目的とする。

(補助対象経費及び補助率)

第2条 補助対象経費、これに対する補助率及び補助上限額は、別表のとおりとする。

(補助金の交付申請)

第3条 補助金の交付の申請をしようとする者（以下「事業実施主体」という。）は、補助金の交付を受けようとするときは、補助金交付申請書（様式第1号）に関係書類を添えて、別に定める期日までに知事に提出しなければならない。

2 事業実施主体は、前項の申請書を提出するに当たって、各事業実施主体において当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額（補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税相当額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）に規定する仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額と当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）に規定する地方消費税率を乗じて得た金額との合計額に補助率を乗じて得た金額をいう。以下同じ。）がある場合には、これを減額して申請しなければならない。

ただし、申請時において当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額が明らかでないものについては、この限りでない。

(補助金の交付決定)

第4条 知事は、前条に規定する申請書を受理した場合には、その内容を審査し、適当と認めるときは、必要な条件を付して、補助金の交付を決定し、速やかに事業実施主体に通知するものとする。

(補助事業の変更承認申請)

第5条 前条の規定により補助金の交付決定を受けた者（以下「補助事業者」という。）は、補助金の交付決定を受けた事業（以下「補助事業」

という。)について、次の各号のいずれかに該当する変更をしようとするときは、あらかじめ補助事業変更承認申請書(様式第2号)を知事に提出し、その承認を受けなければならない。

- (1) 補助事業の内容の変更(軽微な変更を除く。)をしようとするとき。
- (2) 補助金の交付決定額を増額しようとするとき。

(補助事業の中止及び廃止)

第6条 補助事業者は、補助事業を中止し、又は廃止しようとするときは、あらかじめ補助事業中止(廃止)承認申請書(様式第3号)を、知事に提出し、その承認を受けなければならない。

(実績報告)

第7条 補助事業者は、補助事業完了後、速やかに補助事業実績報告書(様式第4号)に関係書類を添えて、知事に提出しなければならない。

- 2 第3条第2項ただし書により交付申請をした補助事業者は、前項の実績報告書を提出するに当たって、第3条第2項ただし書に該当した各事業実施主体において当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額が明らかになった場合には、これを補助金額から減額して報告しなければならない。
- 3 第3条第2項ただし書により交付申請をした補助事業者は、第1項の実績報告書を提出した後において、消費税及び地方消費税の申告により当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額が確定した場合には、その金額(前項の規定により減額した場合には、その金額が減じた額を上回る部分の金額)を仕入れに係る消費税等相当額報告書(様式第5号)により速やかに知事に報告するとともに、知事の返還命令を受けてこれを返還しなければならない。

(補助金額の確定)

第8条 知事は、前条に規定する実績報告書を受理した場合は、その内容を審査し、必要に応じて調査を行い、適当と認めるときは、補助金の額を確定し、その旨を補助事業者に通知するものとする。

(補助金の請求)

第9条 前条の規定により補助金の額の確定通知を受けた補助事業者は、補助金精算払請求書(様式第6号)を、別に定める期日までに知事に提出しなければならない。

(補助金の交付)

第10条 知事は、前条の規定による精算払請求書を受理した場合は、補助金を交付するものとする。

(補助金の概算払)

第11条 知事は、前2条の規定にかかわらず、補助事業の実施上必要と認めるときは、補助金の一部又は全部を概算払することができる。

2 補助事業者は、概算払の交付を受けようとするときは、補助金概算払請求書（様式第7号）に関係書類を添えて、知事に提出しなければならない。

（財産の管理）

第12条 補助事業により取得し、又は効用の増加した財産（以下「取得財産等」という。）のうち、規則第22条第2項第4号に規定する財産は、取得価格又は効用の増加価格の単価が30万円を超える機械及び重要な器具とする。

2 規則第22条第2項ただし書に規定する期間は、減価償却資産の耐用年数等に関する省令（昭和40年大蔵省令第15号）に定められている耐用年数に相当する期間とする。

3 補助事業者は、前項に規定する期間中において、処分を制限された取得財産等を処分しようとするときは、あらかじめ知事の承認を受けなければならない。

4 知事の承認を受けて取得財産等を処分することにより、収入があった場合は、その収入の全部又は一部を県に納付させることがある。

（財産の制限）

第13条 補助事業は、それぞれの取得財産等を知事の承認を受けずに、補助金交付の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。

（交付決定の取消し等）

第14条 知事は、補助事業者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、補助金の交付決定を取り消し、又は変更することができる。この場合において、既に補助金が交付されているときは、知事は、その全部又は一部の返還を命ずることがある。

(1) この要綱及び補助金交付の条件に違反したとき。

(2) この要綱により知事に提出した書類に偽りの記載があったとき。

(3) その他補助事業の施行について、不正の行為があったとき。

（関係書類の保管）

第15条 補助事業者は、補助事業に係る収入及び支出を明らかにした帳簿を備え、当該収入及び支出について証拠書類を整理し、当該帳簿及び証拠書類を補助金の額の確定の日（事業の中止又は廃止の承認を受けた場合には、その承認を受けた日）の属する年度の終了後5年間保管しておかななければならない。ただし、事業により取得し、又は効用の増加した価格が単価30万円以上の財産がある場合は、前記の期間を経過後、当該財産の財産処分が完了する日、又は補助金等に係る予算の執行の適正化

に関する法律施行令（昭和30年政令第255号。）第14条第1項第2号の規定により厚生労働大臣が別に定める期間を経過する日のいずれか遅い日まで保管しておかなければならない。

附 則

この要綱は、令和4年7月22日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

別表

区 分	対象経費	補助率	補助上限額
<p>1 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業</p>	<p>区分欄1の事業の実施に必要な次に掲げる経費</p> <p>報酬、給料、職員手当等、賃金、共済費、報償費、旅費、需用費（消耗品費、燃料費、食糧費、印刷製本費、光熱水費、修繕料）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料、広告料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、扶助費、負担金、補助金、助成金、交付金</p>	<p>10分の10</p>	<p>実施要綱別添1に定めるとおり</p>
<p>2 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業</p>	<p>区分欄2の事業の実施に必要な次に掲げる経費</p> <p>区分欄1の事業の実施に必要な次に掲げる経費</p> <p>報酬、給料、職員手当等、賃金、共済費、報償費、旅費、需用費（消耗品費、燃料費、食糧費、印刷製本費、光熱水費、修繕料）、役務費（通信運搬費、手数料、保険料、広告料）、委託料、使用料及び賃借料、備品購入費、扶助費、負担金、補助金、助成金、交付金</p>	<p>10分の10</p>	<p>実施要綱別添1に定めるとおり</p>

様式第 1 号（第 3 条関係）

令和 4 年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業費補助金交付申請書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 4 年度標記事業を下記のとおり実施したいので、令和 3 年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第 3 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 交付申請額 金 円
- 2 事業の目的
- 3 事業の内容 様式 1 及び様式 2 のとおり
- 4 その他

- (注) 1 第 3 条第 2 項により、当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額を減額して申請する場合には、別紙「愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額集計表」を添付すること。
- 2 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあっては、押印を省略することができる。

様式第2号（第5条関係）

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業変更承認申請書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記事業を、下記のとおり変更したいので、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第5条の規定により、その承認を申請します。

記

- 1 変更の内容
- 2 変更の理由
- 3 補助金交付変更額
既交付決定額 金 円也
変更承認申請額 金 円也
差引増減額 金 円也
- 4 事業の内容（変更） 様式1及び様式2のとおり
- 5 その他

- （注）1 4は様式第1号に準ずるものとし、変更箇所が分かるように作成すること。
2 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあつては、押印を省略することができる。

様式第3号（第6条関係）

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業中止（廃止）承認申請書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記事業を中止（廃止）したいので、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第6条の規定により、その承認を申請します。

記

- 1 事業の中止（廃止）の理由
- 2 中止の期間（廃止の時期）

（注） 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあっては、押印を省略することができる。

様式第4号（第7条関係）

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業実績報告書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記事業の実績について、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

- 1 事業精算額 金 円
- 2 事業の内容（実績） 様式1及び様式2のとおり
- 3 経費の支払いを証明する書類（領収書等）の写し
- 4 その他参考となる資料

- （注）1 第7条第2項により、当該補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額を減額して報告する場合には、別紙「令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額集計表」を添付すること。
- 2 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあつては、押印を省略することができる。

様式第5号（第7条関係）

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続
支援事業費補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額報告書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、補助金交付決定の通知があった標記補助金について、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第7条第3項の規定により、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金交付要綱第8条の補助金の額の確定額
(令和〇年〇月〇日付け 第〇〇〇号による額の確定通知額)
金 円也
- 2 補助金の確定時に減額した仕入れに係る消費税等相当額
金 円也
- 3 消費税及び地方消費税の申告により確定した仕入れに係る
消費税等相当額 金 円也
- 4 補助金返還相当額(3-2)
金 円也

- (注) 1 別紙「令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金に係る仕入れに係る消費税等相当額集計表」、その他参考となる資料を添付すること。
2 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあつては、押印を省略することができる。

様式第 6 号（第 9 条関係）

令和 4 年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業費補助金精算払請求書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、交付決定の通知があった標記補助金について、令和 4 年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第 9 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

一金		円也
内訳	交付決定通知額	金 円也
	概算払受領済額	金 円也
	今回請求額	金 円也

(注) 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあつては、押印を省略することができる。

様式第7号（第11条関係）

令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対する
サービス継続支援事業費補助金概算払請求書

第 号
年 月 日

愛媛県知事 様

住所
事業主体名
代表者職氏名 ⑩

令和 年 月 日付け愛媛県指令 第 号で、交付決定の通知があった標記補助金について、令和4年度愛媛県障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

一金		円也
内訳	交付決定通知額	金 円也
	概算払受領済額	金 円也
	今回請求額	金 円也
	残 額	金 円也

(注) 代替手段により本人意思及び真正性が担保できる場合にあつては、押印を省略することができる。

(様式1)事業所・施設別申請額一覧

(単位:千円)

No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業						2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業			申請額計(j)	備考
				サービス提供を継続する場合			居宅の利用者にできる限りのサービスを提供した場合			基準単価(g)	所要額(h)	申請額(i)		
				基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	基準単価(d)	所要額(e)	申請額(f)					
1						0			0			0	0	
2						0			0			0	0	
3						0			0			0	0	
4						0			0			0	0	
5						0			0			0	0	
6						0			0			0	0	
7						0			0			0	0	
8						0			0			0	0	
9						0			0			0	0	
10						0			0			0	0	
11						0			0			0	0	
12						0			0			0	0	
13						0			0			0	0	
14						0			0			0	0	
15						0			0			0	0	
合計						0			0			0	0	

(注)

- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。
- 2 「基準単価(a)」及び「基準単価(d)」は、「新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業実施要綱」の別添に記載された基準単価を記入すること。
- 3 「所要額(b)」及び「所要額(e)」は「(様式2)事業所・施設別個表1、2」に記載した所要額(千円未満切り捨て)を記入すること。
- 4 「申請額計(j)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」と「申請額(i)」の合計額を記入すること。

事業所・施設の状況	フリガナ				障害福祉サービス等事業所番号
	事業所・施設の名称				
	提供サービス				
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)			
	連絡先	電話番号		E-mail	
	管理者の氏名				
事業区分	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所のサービス継続支援 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス等事業所との連携支援 → 2を記載				

1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業	基準単価	千円	所要額	千円
--------------------------------------	------	----	-----	----

助成対象の区分	※該当する番号を✓する。
<input type="checkbox"/> ① 利用者又は職員に感染者が発生した施設・事業所(職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む)※全サービス <input type="checkbox"/> ② 濃厚接触者に対応した短期入所サービス事業所、入所施設・居住系サービス事業所、訪問系サービス事業所 <input type="checkbox"/> ③ 都道府県、保健所を設置する市から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所サービス事業所 <input type="checkbox"/> ④ 発熱等の症状のある利用者又は職員に対し、一定の要件のもとで、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> ⑤ ①、③以外の通所系サービス事業所であって、当該事業所の職員が、利用者の居宅においてできる限りのサービスを提供した事業所	
感染者の発生状況等	※該当する番号を✓し、事業所・施設の状況を記載すること
<input type="checkbox"/> (1)利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者が発生した施設・事業所 (職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む) 【感染者(職員は濃厚接触者も含む)の状況】(いつ、だれが(職員・利用者)、何名、職員の不足状況 など) <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> (2)濃厚接触者である利用者に対応した施設・事業所 【濃厚接触者の状況】(いつ、何名、サービス提供状況 など) <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> (3)県、保健所を設置する市から休業要請を受けた事業所 【休業要請の状況】(いつ、要請元、要請理由、期間 など) <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	
<input type="checkbox"/> (4)感染の疑いのある利用者又は職員に対して、一定の要件のもとで自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所 ※別紙理由書を添付	
<input type="checkbox"/> (5) (1)、(3)以外の事業所であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、できる限りのサービスを提供した事業所	

申請する経費の内容

基準単価	千円	所要額	千円
------	----	-----	----

(1) サービス提供を継続した場合 感染者の発生状況 (1)から(3)に該当する場合

① サービスの継続に必要な経費

<input type="checkbox"/> 人員確保に要する経費
<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険加入費用 <input type="checkbox"/> 帰宅困難職員の宿泊費 <input type="checkbox"/> 連携機関との連携に係る旅費
<input type="checkbox"/> 施設・事業所の消毒・清掃費用 (<input type="checkbox"/> 自施設や自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施 <input type="checkbox"/> その他)
<input type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理費用
<input type="checkbox"/> 感染者又は濃厚接触者への対応に伴い、在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用
※在庫で対応でき、不足がない場合は、補助対象外

② 代替サービスを提供した場合に必要な経費

※代替サービスを提供した期間に要した経費に限る

<input type="checkbox"/> 代替サービス提供に伴う人員確保に要する経費
<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険加入費用 <input type="checkbox"/> 旅費
<input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料)
<input type="checkbox"/> 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
<input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
<input type="checkbox"/> 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため、緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用
<input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)

③ 自費検査を実施した場合

感染者の発生状況 (4)に該当する場合

<input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用

基準単価	千円	所要額	千円
------	----	-----	----

(2) 居宅の利用者にできる限りのサービスを提供した場合 感染者の発生状況 (5)に該当する場合

居宅を訪問してサービスを提供する場合に必要な経費 ※代替サービスを提供した期間に要した経費に限る

<input type="checkbox"/> 代替サービス提供に伴う人員確保に要する経費
<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険加入費用
<input type="checkbox"/> 代替場所の確保費用(使用料)
<input type="checkbox"/> 居宅介護事業所に所属する居宅介護職員による同行指導への謝金
<input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費
<input type="checkbox"/> 利用者宅を訪問して健康管理や相談援助等を行うため、緊急かつ一時的に必要となる車や自転車のリース費用
<input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)

積算内訳

(1)サービス提供を継続する場合

① サービスの継続に必要な経費

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
人員確保に要する経費			
施設・事業所の消毒・清掃費用			
感染症廃棄物の処理費用			
衛生・防護用品の購入費用			
(①計)		0	

② 代替サービスを提供した場合

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
人員確保に要する経費(代替サービス提供)			
代替場所の確保費用			
居宅介護職員同行指導謝金			
代替場所や利用者宅への旅費			
車・自転車のリース費用			
安否確認等のタブレットリース費用			
(②計)		0	

③自費検査を実施した場合

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
自費検査費用			
(③計)		0	
(1)合計(①+②+③)		所要額(円)	
		0	

1 (2) 居宅の利用者にできる限りのサービスを提供した場合

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
人員確保に要する経費(代替サービス提供)			
代替場所の確保費用			
居宅介護職員同行指導謝金			
代替場所や利用者宅への旅費			
車・自転車のリース費用			
安否確認タブレットリース費用			
(2)合計		0	

2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業	基準単価	千円	所要額	千円
-----------------------------------	------	----	-----	----

助成対象の区分 ※該当する番号を✓する。

- ① (1)①又は③の施設・事業所に協力する施設・事業所 ※全サービス
- ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した障害福祉サービス等事業所に協力する施設・事業所 ※全サービス

事業所・施設等の状況 ※事業所・施設の状況を記載すること

(1) 感染者が発生した施設・事業所の状況 (利用者受入元施設・事業所、応援職員派遣先施設・事業所の状況)
(事業所・施設の名称・サービス種別、感染状況(いつ、だれが(職員・利用者)、感染者数、期間、休業要請の有無、職員の不足状況 など)

(2) 上記施設・事業所の利用者の受入状況又は応援派遣の状況

①受入利用者の状況

実人数	受入期間	協力支援の内容
	〇〇年〇〇月〇〇日～ 〇〇年〇〇月〇〇日	

②応援派遣職員の状況

派遣職員の職種	実人数	派遣期間	協力支援の内容
		〇〇年〇〇月〇〇日～ 〇〇年〇〇月〇〇日	

(3)その他補足すべき事項

(4)通常のサービス提供時と比較して、追加的に発生した費用の状況

①利用者の受入れによって発生した費用

② 応援職員の派遣によって発生した費用

--

申請する経費の内容

基準単価		千円	所要額		千円
------	--	----	-----	--	----

<input type="checkbox"/>	利用者受入や職員の応援派遣に係る費用
<input type="checkbox"/>	追加で必要な人員確保のための緊急雇用に係る費用
<input type="checkbox"/>	割増賃金・手当
<input type="checkbox"/>	職業紹介料
<input type="checkbox"/>	旅費・宿泊費
<input type="checkbox"/>	損害賠償保険加入費用

積算内訳

(1) 感染者が発生した施設・事業所の利用者の受入

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
利用者受入費用			
(1)計		0	

(2) 感染者が発生した施設・事業所への応援職員派遣

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
応援職員派遣費用			
(2)計		0	

合計((1)+(2))	所要額(円)	
	0	

別紙 理由書（様式2 自費検査費用関係）

【検査対象者】 ※該当する検査対象者に✓する。

- 濃厚接触者と同居する職員
- 発熱等の症状を呈するが、保健所等により経過観察を指示された職員
- 面会に来た家族等が、面会後に感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所者又は入居者
- その他感染が疑われる理由がある者

理由：

【検査理由】

① 施設等が「感染疑いがある」と判断した理由、根拠を記載してください。

（いつ、どのような者に対して、どのような理由で判断したのか具体的に記載）

② 保健所等が「行政検査の対象外」と判断した理由を記載してください。

（いつ、どの機関が、どのような理由で判断したのか具体的に記載）