

○綾川町版医療・福祉施設応援金支給事業要綱

令和5年1月16日告示第3号

(趣旨)

第1条 この要綱は、コロナ禍において原油価格及び物価の高騰により電気、ガス、燃料費等の負担が増大している医療、介護、障害者施設等を運営する事業者を応援するために、綾川町版医療・福祉施設応援金（以下「応援金」という。）を支給することとし、必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 応援金の支給の対象となる者は、次の各号に掲げる要件のすべてを満たす事業者（以下「事業所」という。）とする。

- (1) 令和4年10月1日（以下「基準日」という。）及び第6条に規定する申請の日において、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）に定める事業のいずれかを運営していること。また、
- (2) 令和5年3月31日までに事業を休止・廃止の予定でないこと。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する事業所は、支給の対象外とする。

- (1) 国、地方公共団体が運営する者
- (2) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第32条第1項各号に掲げる者
- (3) 町税に未納がある者
- (4) 前各号に定める者のほか、応援金の趣旨に照らして適当でない町長が認めた者

(支給対象施設・サービス)

第3条 応援金の支給の対象となる事業所は、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）に該当する綾川町内に所在する事業所とする。

(支給額)

第4条 応援金の支給額は、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）に応じ、同表の右欄に定める額とする。

(支給回数)

第5条 応援金の支給は、1施設につき1回とする。

(申請)

第6条 応援金の支給を受けようとする者は、綾川町版医療・福祉施設応援金申請書（第1号様式）を、別に定める期日までに綾川町長に提出しなければならない。

(支給決定)

第7条 町長は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を審査し、支給の可否を決定したときは綾川町版医療・福祉施設応援金支給決定通知書（第2号様式）により申請者に通知する。

(支給決定の取消し)

第8条 町長は、事業者が偽りその他不正の手段により支給決定を受けた場合は、前条の規定による支給決定の取消し又は変更をすることができる。

2 町長は、前項の規定による取消し又は変更をしたときは、その旨を当該事業者

通知する。

(応援金の返還)

第9条 町長は、前条の規定による取消し又は変更をした場合において、既に応援金を支給しているときは、期限を定めて、その部分について支給した額の返還を事業者に命ずるものとする。

(加算金)

第10条 前条の規定により応援金の返還を命ぜられた者は、その命令に係る応援金の受領の日から返還の日までの日数に応じ、当該返還を命ぜられた応援金の額（その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額）につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を町に納付しなければならない。

2 前項の規定により加算金を納付しなければならない場合において、前条の規定により応援金の返還を命ぜられた者の納付した金額が返還を命ぜられた応援金の額に達するまでは、その納付金額は、まず当該返還を命ぜられた応援金の額に充てられたものとする。

3 第1項の加算金の額の計算につき同項に規定する年当たりの割合は、閏年の日を含む期間についても、365日当たりの割合とする。

(延滞金)

第11条 第9条の規定により応援金の返還を命ぜられた者が、町長が指定する納期限までに納付しなかったときは、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金を長に納付しなければならない。

2 前項の規定により延滞金を納付しなければならない場合において、返還を命ぜられた応援金の未納付額の一部が納付されたときは、当該納付の日の翌日以後の期間に係る延滞金の計算の基礎となるべき未納付額は、その納付金額を控除した額によるものとする。

3 前条第3項の規定は、第1項の延滞金について準用する。

(関係書類の保管)

第12条 応援金の支給を受けた者は、申請に係る関係書類を整理し、応援金の支給年度の翌年度から起算して5年間これを保存しておかななければならない。

(調査等)

第13条 町長は、給付事業の適正な執行を確保するために必要な限度において、支給決定者に対し、必要な調査を行うことができる。

(補則)

第14条 この要綱に定めるもののほか、応援金の支給に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年1月16日から施行する。

別表（第2条、第3条関係）

単位：千円

種別	施設区分（支給対象施設・サービス種別）	支給単価
医療施設等	病院（保険医療機関に限る。） （定額＋病床数（最大使用病床数 ※1）による加算）	360＋ 2.5×病床数
	有床診療所（保険医療機関に限る。）	180
	無床診療所（保険医療機関に限る。）	90
	訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者に限る。※2）、助産所	50
	薬局（保険薬局に限る。）、施術所（あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復を業とする施術所に限る。出張専門を含む。 ※3）	25
障害福祉施設・事業所等	〔入所系〕 施設入所支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設	180
	短期入所	60
	〔居住系〕 共同生活援助	90
	〔通所系〕 療養介護、生活介護、自立訓練、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援センター、児童発達支援、放課後等デイサービス	60
	〔訪問・相談系〕 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、障害児相談支援、自立生活援助	50
高齢者福祉施設・事業所等 （医療機関みなし事業所を除く。）	〔入所系〕 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、短期入所生活介護（空床利用型は除く。）、養護老人ホーム、軽費老人ホーム（特定施設入居者生活介護の指定を受けたものを含む。）、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	180
	〔居住系〕 （地域密着型）特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、有料老人ホーム	90
	〔通所系〕 通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護（療養通所介護を含む。）、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	60
	〔訪問・相談系〕 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護（※2）、訪問リハビリテーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援	50

※1 最大使用病床数は、令和4年4月1日から令和4年9月30日までの間に、施設全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数とする。

※2 訪問看護の指定事業者は、医療又は介護のいずれか一方のみの申請とする。

※3 施術所は、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第9条の2第1項若しくは同法第9条の3又は柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第19条第1項の規定に基づく届出を行っているものに限る。

また、同じ住所地（建物内）において、施術室を分けることなく、あん摩マッサージ指圧、はり又はきゅうを業とする施術所と、柔道整復を業とする施術所を併設している場合は、いずれか1施設に限り支給対象となる。

※ 介護予防サービス（介護予防・日常生活支援総合事業を含む）の指定事業者で介護サービスの指定も受けている者は、いずれか一方のみが対象となる。また、同一の施設・事業所で介護保険と障害福祉サービスの両方の指定を受けている場合は、いずれか一方のみの申請となる。

綾川町長 殿

綾川町版医療・福祉施設応援金 申請書  
 次のとおり、綾川町版医療・福祉施設応援金を申請します。

住所：  
 氏名：  
 電話番号：



金一. \_\_\_\_\_ 円

内訳

区分		単価	事業所名	申請額
医療	病院	360,000		
	病院 1 床あたり	2,500		
	有床診療所	180,000		
	無床診療所	90,000		
	訪問看護ステーション	50,000		
	薬局、施術所	25,000		
障害	入所系	180,000		
	居住系	90,000		
	通所系	60,000		
	訪問・相談系	50,000		
高齢	入所系	180,000		
	居住系	90,000		
	通所系	60,000		
	訪問・相談系	50,000		

支払方法

口座振替	座払	預金種目	当座	普通	口座番号	銀行				(支)店		現金払
		(フリガナ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口座名義										<input type="checkbox"/>

- 希望する支払の方法の口の箇所にレ印を付して下さい。
- 口座振替払いは預金口座のある金融機関の店舗名・口座番号・口座名義を記載して下さい。
- なお、預金種目欄にあつては、該当する預金種目の口の箇所にレ印を付して下さい。
- 現金払は、指定金融機関の店舗名を記載して下さい。
- 請求者と受領者が委任により異なる場合は、受領権限についての委任状を添付して下さい。
- 右上 氏名 横に必ず押印して下さい。
- 債権者登録が未登録の場合は、登録申請書を記載し、振込先の通帳の写しを添付してください。

第 号  
年 月 日

様

綾川町長 前田 武俊 印

綾川町版医療・福祉応援金 支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった綾川町版医療・福祉応援金の支給については、次のとおり決定したので通知します。

1 支給を決定します。

・支給金額 \_\_\_\_\_ 円

2 支給を却下します。

・却下理由