

令和 年度和歌山県障害福祉サービス等事業者サービス継続支援事業
事業計画書

令和 年 月 日

和歌山県知事 様

標記について、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		E-mail		
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	申請に関する担当者	職名		氏名		
申請内容						
		助成対象	I 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	II 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業		
サービス種別			事業所・施設数	申請額	事業所・施設数	申請額
通所系	療養介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	生活介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	自立訓練（機能訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	自立訓練（生活訓練）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	就労移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	就労継続支援A型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	就労継続支援B型	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	医療型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	放課後等デイサービス	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
短期入所	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
入所・居住系	施設入所支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	共同生活援助（介護サービス包括型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	共同生活援助（日中サービス支援型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	共同生活援助（外部サービス利用型）	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	福祉型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
医療型障害児入所施設	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円		
訪問系	居宅介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	重度訪問介護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	同行援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	行動援護	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	就労定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	自立生活援助	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	居宅訪問型児童発達支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	保育所等訪問支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
相談系	計画相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	地域移行支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	地域定着支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
	障害児相談支援	0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
小計		0 か所	0 千円	0 か所	0 千円	
合計 (1+2)				0 千円		

別記第2号様式(第6、第8、第10関係)(その2)

(単位:千円)

No.	事業所番号	事業所・施設名	サービス種別	I 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			II 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(g)	備考
				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											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

(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、「令和4年度和歌山県障害福祉サービス等事業者サービス継続支援事業補助金交付要綱」の別表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3)事業所・施設別個表」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(c)」は、「基準単価(a)」と「所要額(b)」を比較して低い方の額を、「申請額(f)」は、「基準単価(d)」と「所要額(e)」を比較して低い方の額をそれぞれ記入すること。
- 5 「申請額計(g)」は、「申請額(c)」と「申請額(f)」の合計額を記入すること。

別記第2号様式(第6、第8、第10関係)(その3)

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"/> 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援 → 1を記載 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援 → 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

基準単価	千円	所要額	千円
------	----	-----	----

助成対象の区分	※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※別紙の①の額の千円未満切り捨て
<input type="checkbox"/> ① 利用者又は職員に新型コロナウイルス感染症の感染者が発生した(職員に感染者と接触があった者が発生し、職員が不足した場合を含む。)施設・事業所 <input type="checkbox"/> ② 感染者と接触があった者に対応した施設・事業所 <input type="checkbox"/> ③ ①、②以外の施設・事業所であって、感染等の疑いのある利用者又は職員に対し、国実施要綱の別添2に定める要件に基づき、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"/> ④ ①以外の事業所であって、当該事業所の職員により、居家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		

取組内容 ※該当する取組をチェックすること

(1) 助成対象の区分「①」、「②」

<input type="checkbox"/>	緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、損害賠償保険の加入費用、帰宅困難職員の宿泊費、連携機関との連携に係る旅費、一定の要件に該当する自費検査費用(※) (※)自費検査補助対象は国実施要綱の別添2に基づく障害者支援施設(施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設)、共同生活援助事業所に限る。
<input type="checkbox"/>	施設・事業所の消毒・清掃費用 <input type="checkbox"/> 感染症廃棄物の処理費用
<input type="checkbox"/>	感染者又は感染者と接触があった者への対応に伴い、在庫不足が見込まれる衛生・防護用品の購入費用
【事業所以外の場所における代替サービス提供期間の分に限る】	
<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用
<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)

(2) 助成対象の区分「③」(障害者支援施設(施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設)、共同生活援助事業所に限る。)

<input type="checkbox"/>	一定の要件に該当する自費検査費用(国実施要綱別添2に基づく検査に限る。)
--------------------------	--------------------------------------

(3) 助成対象の区分「④」(対象サービス種別のNo1からNo10に限る。)

<input type="checkbox"/>	代替サービス提供に伴う緊急雇用に係る費用、割増賃金・手当、職業紹介料、旅費、損害賠償保険の加入費用
<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)

2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援

基準単価	千円	所要額	千円
------	----	-----	----

助成対象の区分	※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)	※別紙の②の額の千円未満切り捨て
<input type="checkbox"/> ① 実施要綱のⅠの①の障害福祉サービス施設・事業所に対し、協力した障害福祉サービス施設・事業所 <input type="checkbox"/> 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対し、協力した障害福祉サービス施設・事業所		

取組内容 ※該当する取組をチェックすること

(1) 職員の応援派遣【共通】

<input type="checkbox"/>	職員の応援派遣の実施	派遣先事業所名()
--------------------------	------------	------------

(2) その他【共通】 ※(1)及び(2)の他、連携支援に資する取組がある場合には記載すること。

--	--

(別紙)積算内訳

1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援(助成対象の区分「①」、「②」及び「③」)

取組内容	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(3)			
(5)			
合計(①)		0	

1. 障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援(助成対象の区分「④」)

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(3)			
合計(②)		0	

2. 障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援

事業区分	費目	所要額(円)	用途・品目・数量等
(1)			
(2)			
(3)			
合計(②)		0	