

(様式3)

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	18*****	事業所名称	*****		
所在地	都道府県名	住所	連絡先	電話番号	担当部署名
	福井県	福井市大手3丁目17番1号	****-**-****		長寿福祉課
提供サービス(プルダウンから選択)	通所介護事業所 1月あたり延べ利用者数301人以上600人以下			定員	30 人
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 介護事業所等に対するサービス継続支援事業(備品) <input checked="" type="checkbox"/> 介護施設等に対するサービス継続支援事業(食料)				

口座情報	
銀行口座情報シートに本事業の振込に使用する口座情報を記入	✓
申請にあたっての確認事項	
見積書等の根拠資料は事業所において適切に保管している	✓
他の補助金等で既に措置・補助されている経費と重複していない	✓
【交付マニュアル】8 補助事業実施にあたっての注意事項(3)に記載の補助対象外経費に該当しない	✓

支出予定額

1. 介護事業所等に対するサービス継続支援事業	補助上限額	申請額
	300 千円	300 千円

【介護サービスを円滑に継続するための対応】

科目	支出予定額(円) (税抜き)	品目・数量等
燃料費・運営支援経費	200,000	ガソリン代(2か月分)
気候対応用品購入費	120,000	スタッドレスタイヤ 2台分(4本×2)
合計	320,000	

【災害備蓄等への対応】

科目	支出予定額(円) (税抜き)	品目・数量等
備蓄・防災資機材購入	100,000	ポータブル電源
合計	100,000	

2. 介護施設等に対するサービス継続支援事業

	補助上限額	申請額
	180 千円	180 千円

科目	支出予定額(円) (税抜き)	品目・数量等
食材準備等の委託料	300,000	利用者の食食用1か月分(法人内3事業所と按分した額)
合計	300,000	

(注) 申請額は、補助上限額と所要額を比較していずれか低い方の額が入力される。

(注) 申請額及び所要額は、税抜き金額とする。

入力のポイント

○補助対象経費について

- ・【交付マニュアル】8 補助事業実施にあたっての注意事項(3)に記載の補助対象外経費に該当しない、事業趣旨に反しないであれば、補助対象に介護サービスの縛りはありません
- ・支出予定額は、補助上限額を確実に超える金額で申請ください。申請額>補助上限額であれば、補助上限額で支払いが行われるため申請後の変更交付申請(増額)等も不要となるため
- ・介護サービスを円滑に継続**と災害備蓄等**の両方入力する必要はありません。片方となる場合も補助上限額を確実に超える額で申請ください。

○品目数量等の記載について

- ・燃料費を計上する場合は、〇か月分と使用量がわかるように記載ください

入力のポイント

○品目・数量等について

- ・食材料費は、消費量がわかるように利用者の食食用〇か月分と記載ください。
- ・委託料についても、消費量がわかるように利用者の食食用〇か月分と記載ください。
- ・一括で発注し、複数事業所で按分する場合は、按分していることがわかるように