第１号様式（第６条関係）

年　 　月　　 日

多摩市長 殿

所在地

事業者名

代表者名　　　　　　　　　　 印

多摩市介護保険事業所新型コロナウイルス検査経費補助金交付申請書兼請求書

多摩市介護保険事業所新型コロナウイルス検査経費補助金の交付をされたく、多摩市介護保険事業所新型コロナウイルス検査経費補助金交付要綱第６条第１項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、補助金の交付の決定を受けたときは、当該決定の日に補助金を請求するので、下記の口座に振り込むよう依頼します。

記

　交付申請額及び請求額　　　　　　　　　　　　　　　円

ただし、上記に記載した交付申請額及び請求額と補助金の交付の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とします。

１　交付対象事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 | サービス（※１） | 事業所名 | 対象事業所ごとの交付申請額及び請求額（※２　※３） |
| 1 |  |  |  | 円 |
| 2 |  |  |  | 円 |
| 3 |  |  |  | 円 |
| 4 |  |  |  | 円 |
| 5 |  |  |  | 円 |

※１　（別紙）介護保険事業サービス一覧から選択し、該当する番号を記入してください。

※２　一事業所当たりの補助金の交付額は、要綱第５条第２項の基準により算出してください。

※３　一事業所当たりの補助金の上限額は、ＰＣＲ検査にあっては検査対象者数に30,000円を、抗原検査にあっては検査対象者数に7,500円を乗じて得た額です。

２　振込先金融機関名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 支店名 | 分類 |
|  | 銀行　農協 信金　信組 労金　信連  |  | 本店　支店 本所　支所 出張所  | 1 普通2 当座 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 支店コード |  |  |  |
| 口座番号 | 口座名義 |
|  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |  |
|  |

３　申請における確認事項

|  |
| --- |
| 確認項目 |
| □ | 交付対象事業所は、令和４年４月１日時点（令和４年４月２日以後に新たに指定を受けた事業所にあっては、その指定を受けた日）において要綱別表第１に定めるサービスを実施しており、感染拡大防止を徹底したうえで、交付申請時点においても、介護保険事業の廃止又は休止をせず継続的に運営しています。 |
| □ | 補助金の交付の対象となる検査対象者は、訪問系サービスにあっては交付対象事業所に属する職員、通所・入所系サービスにあっては交付対象事業所に属する職員及び利用者（新規利用予定者含む。）です。 |
| □ | 補助金の交付の対象となる検査対象者は、申請時点において、国、都道府県又は市町村（特別区を含む。）による同種の補助金の対象として申請していません。 |

上記の記載内容に相違がないこと、及び多摩市長からの求めがあった場合には、記載内容を証明する資料を提出することを誓約するとともに、次の事項に同意します。

⑴　申請の内容について、多摩市長が公簿等により確認すること。

⑵　上記に記載した交付申請額及び請求額と補助金の交付の決定により確定した額が異なる場合は、当該確定した額をもって請求額とすること。

年　　　月　　　日　　　　　　事業者名

　 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　代表者名　　　　　　　　　　　　　印

４　添付書類

⑴　補助金の交付申請額及び請求額の内訳及び内容を確認できる書類

⑵　その他多摩市長が必要と認める書類

（別紙）

【介護保険事業サービス一覧】

＜訪問系＞

１　　　訪問介護

２　　　（介護予防）訪問看護

３　　　（介護予防）訪問リハビリテーション

４　　　定期巡回・随時対応型訪問介護看護

＜通所・入所系サービス＞

５　　　通所介護

６　　　（介護予防）通所リハビリテーション

７　　　（介護予防）短期入所生活介護

８　　　（介護予防）短期入所療養介護

９　　　地域密着型通所介護

１０　　　（介護予防）認知症対応型通所介護

１１　　　（介護予防）小規模多機能型居宅介護

１２　　　（介護予防）認知症対応型共同生活介護

１３　　　複合型サービス（看護小規模多機能型居宅介護）