

令和5年度第2回福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業（障がい児者施設等）支援金申請書作成マニュアル

(R6.2.5版)
福島県障がい福祉課

1 本マニュアルについて

このマニュアルは、福島県内に所在する障がい児（児）施設・事業所（以下「障がい児者施設等」という。）を対象としたマニュアルです。

本支援金の制度や、支援金申請書等の作成方法について説明しています。

本支援金の申請を行う場合は、このマニュアルを必ず確認しながら進めてください。

2 事業の概要

この支援金制度は、原油価格や物価の高騰による障がい児者施設等への影響を緩和し、安定したサービスの提供を支援するため、施設等の種別に応じた定額での支援金（令和5年度第2回）を給付するものです。

3 支援内容

令和5年度における光熱費や車両燃料費、食材料費に対して、施設等の種別に応じた定額での支援金を給付します。

〔支援金額〕

次の施設種別等の区分毎に定める支援金額の合計額とします。

なお、食材料費については、事業者（障がい児者施設等）負担がある場合に給付します。

| | | |
|---------|---------------|-----------------------|
| ・入所系事業所 | ： 1事業所あたりの基礎額 | 40,000円（定額） |
| | 加算額 | 入所定員数×10,000円（基礎額に加算） |
| | 食材料費 | 入所定員数×4,000円 |
| ・通所系事業所 | ： 1事業所あたりの基礎額 | 40,000円（定額） |
| | 車両燃料費 | 20,000円（定額） |
| | 食材料費 | 30,000円（定額） |
| ・訪問系事業所 | ： 1事業所あたりの基礎額 | 40,000円（定額） |
| | 車両燃料費 | 20,000円（定額） |

4 支援金の対象となる高齢者施設等

基準日（令和5年10月1日）現在において、運営している施設等（申請日時点で、廃止・休止していないこと）で、福島県内に所在する以下の障がい児者施設等が対象となります。

（1）入所系事業所

障害者入所施設、障害児入所施設、療養介護、共同生活援助、宿泊型生活訓練、短期入所

（2）通所系事業所

生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、放課後等デイサービス、児童発達支援

（3）訪問系事業所

居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、就労定着

支援、自立生活援助、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、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援

(4) その他

上記(1)から(3)に該当していても、国、独立行政法人、都道府県、市町村が運営している障がい児者施設等は支援金の対象となりません。

(指定管理者については、Q&A「2対象要件④」を参照してください。)

5 支援金の申請者

支援金の申請は障がい児者施設等を運営する法人単位での申請となります。

また、支援金対象となる障がい児者施設等が複数ある場合、運営する法人がまとめて申請してください。

6 支援金申請期間

令和6年2月5日(月)8時30分から令和6年3月29日(金)17時00分までとします。

[申請スケジュール]

- ・申請受付開始 令和6年 2月 5日(月) 8時30分から
- ・申請受付締切 令和6年 3月29日(金) 17時00分まで
- ・支援金の支払開始 令和6年 2月下旬からを予定

※申請書類に不備や漏れがあり補正を行った場合は、補正完了後の支払いとなりますので、振込時期が遅れる場合もあります。

7 申請の方法等

(1) 申請書類のダウンロード

福島県保健福祉部障がい福祉課のホームページからダウンロードしてください。

(URL : <http://www.pref.fukushima.lg.jp/sec/21035c/bukkakoutou-uketuke.html>)

[ダウンロードできる申請書等の様式]

- ・様式第1号「令和5年度第2回福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業(障がい児者施設等)支援金交付申請書兼実績報告書」
- ・様式第1号別紙「支援金交付対象となる施設・事業所」
- ・委任状
- ・宛先用紙

(2) 申請書類の作成

申請書類の作成は、4ページ以降の作成要領を参照しながら対象となる障がい児者施設等を運営する法人が取りまとめて申請書等を作成してください。

ただし、同一法人において、「障がい児者施設等」のほかに「高齢者施設等」を運営している場合は、別申請となりますので、高齢者施設等分は除外してください。

(3) 申請書類の提出

様式第1号「令和5年度第2回福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業(障がい児者施設等)支援金交付申請書兼実績報告書(以下「第2回支援金交付申請書兼実績報告書」という。)」に、様式第1号別紙「支援金交付対象となる施設・事業所」及び「振込口座の通帳の写し」を添えて、申請受付締切日までに下記の送付先へ郵送でお送りください。

〔郵送先〕

〒960-8031

福島県福島市栄町6-6 ユニックスビル7階
福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業 事務局

※申請書類の郵送時、封筒に貼り付ける宛先用紙を福島県障がい福祉課のホームページからダウンロードして御活用ください。

(4) 申請書類の提出後の補正

申請書類一式を受領後、申請書類の内容審査を開始します。申請書類の内容に不備や確認事項がある場合は、上記事務局から個別に御連絡の上、補正等の対応を行っていただきます。

また、申請書類の審査後は、申請書類の内容の補正や追加等を行うことができなくなります。申請書類の内容に誤りや不足等がないよう、提出前に今一度御確認をお願いします。

なお、万が一申請後に、申請書類の内容に誤り等があり、差し替え等を行う必要が生じた場合は、下記問い合わせ窓口まで御連絡ください。

8 交付決定通知及び振り込みについて

申請書類の内容審査の結果、適正と認められる場合は、交付決定を行い、交付決定額を運営法人へ通知するとともに、指定口座に支援金をお振り込みいたします。

また、支援金の振り込みについては、申請書類の審査完了から振り込みまで約1～2ヶ月程度を想定しています。

なお、申請時期及び申請件数の状況にもよりますが、審査終了後、令和6年2月下旬から令和6年5月頃までの間のお振り込みを予定しています。

9 支援金の交付の条件

支援金の交付を受けた運営法人は、支援金に関する書類を整理し、交付決定日の属する年度の終了後、5年間保管してください。

また、この支援金と支援内容が重複する他の補助金等の交付を受けていないことを確認してください。

(市町村が実施する物価高騰対策支援については、Q&A「1支援金について⑦」を参照してください。)

10 支援金の申請に係る問い合わせ窓口

支援金の申請等に当たっては、本マニュアル及びQ&Aを必ず御確認のうえ手続きを進めてください。

御不明な点がある場合は、本支援金の専用ダイヤル等を設けておりますので、下記へ御連絡ください。

《問い合わせ窓口》

【福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業 事務局】

障がい児者施設等の専用窓口

《専用フリーダイヤル》0120-277-764

《専用メールアドレス》syougai_info@persol-tempstaffkamei.co.jp

受付時間：月曜日から金曜日までの8時30分から17時00分まで
(土日・祝日除く)

※県では、本事業に係る申請書の受付、申請不備に係る申請者への照会、申請者からの問い合わせ対応等の事務局運営について、パーソルテンプスタッフカメイ(株)へ委託して実施しております。

申請書類の作成要領

1 注意事項

- 申請書類の作成は、運営法人単位となります。
- 支援対象となる障がい児者施設等が複数ある場合、運営する法人がまとめて申請してください。
- 同一法人において、「障がい児者施設等」のほかに「高齢者施設等」を運営している場合は、別申請となりますので、高齢者施設等分は除外してください。
- 申請書及び申請書に添付すべき書類の部数は1部とします。

2 申請書類

支援金申請時に提出いただく申請書類等の様式の構成については、次のとおりです。

○申請書等様式

- (1)様式第1号 「第2回支援金交付申請書兼実績報告書」 ※必須
- (2)様式第1号別紙「支援金交付対象となる施設・事業所」 ※必須
- (3)振込口座の通帳の写し ※必須
- (4)指定管理者が申請する場合は「指定管理に関する協定書の写し」 ※該当する場合
- (5)申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合は「委任状」 ※該当する場合

**様式第1号「第2回支援金交付申請書兼実績報告書」及び
様式第1号別紙「支援金交付対象となる施設・事業所」の入力方法**

(様式第1号・様式第1号別紙共通)

- 様式第1号と様式第1号別紙は1つのExcelファイルになっています。作成は必須です。
- 様式第1号に入力する「法人名称」「法人所在地」及び、様式第1号別紙に入力する「①施設・事業所名」「②事業所番号」「③施設・事業所の所在地」「⑥サービス種別」「⑦入所定員数」の情報は、県が保有する台帳等と突合し、対象施設・事業所であることを判断します。従って、これら情報の入力にあたっては、県（又は市町村）に届出等を行っている正式な名称を入力してください。
- 各様式それぞれ、直接入力箇所（緑色の網掛け部分）と、入力を要しない自動反映箇所（白色部分）に分かれていますので御注意ください。直接入力箇所（緑色）はもれなく入力してください。

(様式第1号)

- 法人情報は様式第1号へ入力します。
- 法人代表者の押印は、「本件責任者の職・氏名」「本件担当者の職・氏名」及び「責任者（担当者）の連絡先」を記入することで、押印を省略することができます。
- 「誓約事項」を確認のうえ必ずにチェックマークを付けてください。
- 振込口座は必ず通帳等を確認しながら入力し、該当するにチェックマークを付けるとともに、その通帳等の写しを添付してください。
(通帳の写しは、通帳の表紙を開いた1・2ページ目のカタカナで記載されているページの写しを添付してください。)
- 添付書類を確認のうえ「全法人共通」のは必ずチェックマークを付けてください。
- 添付書類のうち、該当する法人のみ提出する添付書類を提出する法人については、該当するにチェックマークを付けてください。

(様式第1号別紙)

- 支援金の対象となる障がい児者施設等については様式第1号別紙へ入力します。

(No1 から No100 まで入力欄があります。)

- 「②事業所番号」について、障害福祉サービス事業所として指定を受けた際に付与された事業所番号(10桁)を入力してください。
- 「④分類番号」には、以下の該当する分類番号を入力してください。
 - ・入所系事業所→「1」
 - ・通所系事業所→「2」
 - ・訪問系事業所→「3」
- 「④分類番号」に入力すると、「⑤分類」は自動で表示されます。
- 「④分類番号」を入力後、「⑥サービス種別」で分類番号に応じたドロップダウンリストが表示されますので、該当するサービス種別を選択してください。
(⑥を選択後に④⑤を修正した場合、⑥も必ず再選択してください。)
- 「⑦入所定員数」には、令和5年10月1日現在の入所(宿泊)定員数を入力してください。
- 「④分類番号」に「1」(入所系事業所)を入力すると、「⑪車両燃料費」が自動でグレーに表示されます。
- 「④分類番号」に「2」(通所系事業所)を入力すると、「⑦入所定員数」及び「⑩加算額」が自動でグレーに表示されます。
- 「④分類番号」に「3」(訪問系事業所)を入力すると、「⑦入所定員数」、「⑧食材料費事業者負担の有無」、「⑩加算額」及び「⑫食材料費」が自動でグレーに表示されます。
- ④分類番号が「1」「2」の事業所については、「⑧食材料費事業者負担の有無」で「負担あり」又は「負担なし」のどちらかをドロップダウンリストから選択してください。
「負担なし」を選択した場合、「⑫食材料費」が自動でグレーに表示されます。
(⑧を選択後に④⑤を修正した場合、⑧も必ず再選択してください。)
- 「⑬支援金申請額」については自動表示されますが、表示されない場合は入力漏れがないか再度御確認ください。

3 様式第1号及び様式第1号別紙の記入例

〔事例〕

郡山市内及びいわき市内でグループホームを運営し、福島市内の同一敷地において生活介護事業所、放課後等デイサービス事業所及び障害児相談支援事業所を運営している法人の記入例です。

令和5年度第2回福島県社会福祉施設等物価高騰対策事業
（障がい児者施設等）支援金交付申請書兼実績報告書

申請日について
・受付開始日以降とすること

令和 6 年 2 月 22 日

福島県知事 様

申請者欄について

・法人代表者、本件責任者、本件担当者が同一でも、もれなくご入力願います

（障がい児者施設等）支援金の交

付を受けたいので、関係書類を添えて申請します

なお、下記に記載した事項について

名称について

・対象となる施設・事業所分を法人が一括して申請してください

| | | | | | |
|-----|--------------|-------------------|---------------|-----|--------------|
| 申請者 | フリガナ | シャカイフクシホウジンマルマルカイ | | | |
| | 名称 | 社会福祉法人〇〇〇会 | | | |
| | 郵便番号 | (〒 960 - 0000) | | | |
| | 所在地 | 福島県福島市〇〇町△番□号 | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 理事長 | 氏名 | 福島 太郎 |
| | 申請法人の連絡先 | 電話番号 | 024-000-000 | FAX | 024-000-001 |
| | 本件責任者の職・氏名 | 職名 | △△事業所 所長 | 氏名 | 〇〇 〇〇 |
| | 本件担当者の職・氏名 | 職名 | △△事業所 事務 | 氏名 | 〇〇 〇〇 |
| | 責任者（担当者）の連絡先 | 電話番号 | 024-001-0001 | FAX | 024-001-0002 |
| | | E-mail | 〇〇〇kai@△△△.jp | | |

記

| | |
|----------|-----------|
| 支援金申請額合計 | 570,000 円 |
|----------|-----------|

| | | |
|------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 誓約事項 | <input checked="" type="checkbox"/> | 支援金に関する書類を整理し、支援金を交付した年度終了後5年間保管します。 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | この支援金と支援内容が重複する他の補助金 |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 虚偽その他不正な手段により支援金の交付 |

支援金申請額合計について

・自動的に合計額が表示されるため、当該欄には直接入力しないでください

| | | | | | | | | | |
|------|---|---------------------------|--|-----------------------------|---|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| 振込口座 | 金融機関名 | 〇△□ | <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 | <input type="checkbox"/> 信金 | <input type="checkbox"/> 信組 | <input type="checkbox"/> 労金 | <input type="checkbox"/> 農協 | <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 支店名 (ゆうちょは店番を記入) | 本店 | <input type="checkbox"/> 支店 | <input type="checkbox"/> 支所 | <input checked="" type="checkbox"/> 営業部 | <input type="checkbox"/> 出張所 | <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 預金種別 (該当種別に <input checked="" type="checkbox"/>) | | <input checked="" type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 当座 | <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| | 口座番号 (右詰めで記入) | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| | フリガナ | フク) マルマルカイ リジチヨウ フクシマ タロウ | | | | | | | |
| | 口座名義 | 社会福祉法人〇〇〇会 理事長 福島 太郎 | | | | | | | |

| | | |
|------|--------------------------------|---|
| 添付書類 | (添付書類を確認の上、チェックマークを付けてください。) | |
| | 全法人共通 | <input checked="" type="checkbox"/> ・様式第1号 別紙「支援金交付対象となる施設・事業所」 |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> ・振込口座の通帳の写し ※通帳の写しは、通帳の表紙を開いた1・2ページ目のカタカナで記載されているページの写しを添付して下さい |
| | 該当する法人のみ | <input type="checkbox"/> ・指定管理者が申請する場合は「指定管理に関する協定書の写し」 <input type="checkbox"/> ・申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望する場合は「委任状」 |

法人名について
・申請書兼実績報告書
へ入力した名称が自動
表示されます

※緑色の部分のみご入力下さい。

※その他

合計欄について
・自動表示されるため、
直接入力しないで下さい

| | | | | | | |
|--------------|--------------|---------|---------|-----------|---------|--------------|
| 支援金 申請額合計 | 交付対象 事業所数 | 基礎額 | 加算額 | 車両 燃料費 | 食材料費 | 支援金 申請額合計 |
| | 5 件 | 200,000 | 200,000 | 60,000 | 110,000 | 570,000円 |

支援金申請額について
・この金額が、様式第1号の
「支援金申請額合計」に自動
表示されます

別紙 ■ 支援金交付対象となる施設・事業所

法人名： 社会福祉法人〇〇〇会

(※④の欄：右の分類から選び、番号を入力) 分類番号：1. 入所系事業所、2. 通所系事業所、3. 訪問系事業所

| No. | ① 施設・事業所名 | ② 事業所番号 | ③ 施設・事業所の所在地 | ④ 分類番号 | ⑤ 分類 ※自動入力 | ⑥ サービス種別 ※④入力後、プルダウンリストより選択 | ⑦ 入所定員数 | ⑧ 食材料費事業者負担の有無 | ⑨ 基礎額 (40,000円) | ⑩ 加算額 (⑦×10,000円) | ⑪ 車両燃料費 (通所系・訪問系 20,000円) | ⑫ 食材料費 (入所系・負担あり ⑦×4,000円 通所系・負担あり 30,000円) | ⑬ 支援金申請額 |
|-----|-----------|------------|----------------|--------|---------------|--------------------------------|---------|----------------|--------------------|----------------------|---------------------------------|---|----------|
| 1 | グループホームA | XXXXXXXXXX | 福島県郡山市〇〇町△番〇号 | 1 | 入所系事業所 | 障害者入所施設 | 10 | 負担あり | 40,000 | 100,000 | 0 | 40,000 | 180,000 |
| 2 | グループホームB | XXXXXXXXXX | 福島県いわき市〇〇町□番×号 | 1 | 入所系事業所 | 障害児入所施設 | 10 | 負担あり | 40,000 | 100,000 | 0 | 40,000 | 180,000 |
| 3 | 生活介護事業所C | XXXXXXXXXX | 福島県福島市〇〇町×番△号 | 2 | 通所系事業所 | 生活介護 | | 負担あり | 40,000 | 0 | 20,000 | 30,000 | 90,000 |
| 4 | 放デイ事業所D | XXXXXXXXXX | 福島県福島市〇〇町×番△号 | 2 | 通所系事業所 | 放課後等デイサービス | | 負担なし | 40,000 | 0 | 20,000 | 0 | 60,000 |
| 5 | 相談支援事業所E | XXXXXXXXXX | 福島県福島市〇〇町×番△号 | 3 | 訪問系事業所 | 障害児相談支援 | | | 40,000 | 0 | 20,000 | 0 | 60,000 |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |

⑨基礎額について
・④を入力すると自動表示されます

⑥サービス種別について
・④に入力後、ドロップダウンリストから選択
・※一度選択した後に④・⑤を修正した場合、⑥・⑧も必ず修正して下さい

⑬支援金申請額について
・①～⑥は必須項目です(⑤は自動表示)
〔1. 入所系事業所〕は①～⑧
〔2. 通所系事業所〕は①～⑥・⑧
〔3. 訪問系事業所〕は①～⑥
全てに入力すると自動計算されます
※表示されない、加算されない場合は入力漏れがないかを再度ご確認ください

①施設・事業所名について
・空白行が出来ないように、上から順にご入力下さい

②事業所番号について
・10桁の事業所番号を入力

⑫食材料費について
・④⑤⑦⑧の内容から自動表示されます
〔1. 入所系事業所〕【負担あり】入所定員数×4,000円
〔2. 通所系事業所〕【負担あり】30,000円

⑦入所定員数について
・〔1. 入所系事業所〕の場合、R5. 10. 1時点の入所(宿泊)定員数を入力
・自動計算で〔⑩加算額〕欄に表示されます

⑪車両燃料費について
・④⑤の内容から自動表示されます
〔2. 通所系事業所〕
〔3. 訪問系事業所〕 は一律20,000円

⑧食材料費事業者負担の有無について
・食事に係る食材料費(給食委託費を含む)を事業所で負担している場合は【負担あり】、事業所の負担がない場合は【負担なし】をドロップダウンリストから選択してください
・④⑤の入力後、グレーになった場合は入力不要です
・※一度選択した後に④・⑤を修正した場合、⑥・⑧も必ず修正して下さい

⑩加算額について
・④⑤が〔1. 入所系事業所〕の場合、⑦の人数×1万円が自動表示されます