

記入例

令和 4 年 6 月 30 日

(宛先) 小金井市長

法人名	小金井介護 株式会社
(申請者) 代表者名	小金井 太郎 ㊟
所在地	東京都小金井市本町六丁目6番3号

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業
補助金交付申請書

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業補
助
金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

- 1 交付申請額 金 221,000 円
- 2 添付書類
 - (1) 申請額内訳・受検者名簿
 - (2) 領収書等
 - (3) その他必要書類

(問合せ及び書類送付先)

郵便番号	184-8504
住 所	東京都小金井市本町六丁目6番3号
宛 先	福祉保健部 介護福祉課
担当者	山田
電 話	042-387-9822
F A X	042-384-2524
e-mail	s050301@koganei-shi.jp

※申請内容についての問合せ先を記入してください。

◎ 本補助金は、小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業補助金交付要綱に基づき、小金井市内に所在する指定介護サービスを提供する施設又は事業所において、当該事業所の職員等及び利用者のPCR検査等の受検に要する費用の一部又は全部を補助することを目的とするものです。

申請額内訳				
検査の種類	受検者の区分	対象者数	検査費用(円)	助成対象額(円)
PCR検査	① 職員	6	54,332	54,332
	② 利用者	12	138,668	128,668
	小計	18	193,000	183,000
抗原定性検査	① 職員	3	20,000	7,500
	② 利用者	0	0	0
	小計	3	20,000	7,500
抗原定量検査	① 職員	6	33,500	28,500
	② 利用者	1	2,000	2,000
	小計	7	35,500	30,500
合計		28	248,500	221,000
交付申請額			221,000	(千円未満切捨て)

入力不要
(受検者名簿を作成した際に、集計されます。)

受検者名簿 ※本名簿に記載の個人情報(氏名及び生年月日等)を小金井市へ提出することについて本人の同意を得てください。							合計		248,500	221,000
No.	事業所名	事業所番号	サービス種類	受検者氏名	生年月日	受検者の区分	検査の種類	検査費用	助成対象額	
4	小金井サービスセンター	1234567890	通所介護	小金井 太郎	1980/1/1	② 利用者	PCR検査	¥16,668	¥16,668	
5	小金井サービスセンター	7890	通所介護	小金井 花子	1980/1/2	① 職員	PCR検査	¥16,666	¥16,666	
6	小金井サービスセンター	7890	通所介護	小金井 次郎	1980/1/3	① 職員	PCR検査	¥16,666	¥16,666	
7	小金井サービスセンター	1234567890	通所介護	小金井 緑	1980/1/4	② 利用者	PCR検査	¥20,000	¥20,000	
8	小金井サービスセンター	1234567890	通所介護	小金井 三郎	1980/1/5	① 職員	抗原定性検査	¥20,000	¥7,500	
9	小金井サービスセンター	1234567890	通所介護	小金井 四郎	1980/1/6	② 利用者	PCR検査	¥30,000	¥20,000	
10	東小金井サービス	2222222222	通所介護	東 三郎	1980/1/19	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥5,000	
11	東小金井サービス	2222222222	通所介護	東 四郎	1980/1/20	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥7,500	
12	東小金井サービス	2222222222	通所介護	東 五郎	1980/1/21	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥3,500	
13	東小金井サービス	2222222222	通所介護	小金井 花美	1980/1/22	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥3,334	
14	東小金井サービス	2222222222	通所介護	小金井 花江	1980/1/23	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥3,333	
15	東小金井サービス	2222222222	通所介護	小金井 花実	1980/1/24	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥3,333	
16	東小金井サービス	2222222222	通所介護	小金井 緑子	1980/1/25	② 利用者	PCR検査	¥8,000	¥7,500	
17	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥2,000	¥2,000	
18	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
19	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
20	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
21	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
22	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
23	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
24	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
25	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
26	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
27	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
28	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
29	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	
30	東小金井サービス	2222222222	通所介護					¥8,000	¥8,000	

【入力方法】

- ① 申請額内訳は、受検者名簿を作成することで、集計される為入力不要です。
 - ② 受検者名簿の水色のセルに必要な事項を記載してください。
 - (1) 事業所名及び事業所番号
 - (2) サービス種類、受検者区分、検査の種類は、プルダウンから選択してください。
 - (3) 受検者氏名及び生年月日
 - (4) 検査費用は、一人当たりの検査費用を入力してください。複数名まとめて検査した場合は、人数で経費を按分した一人当たりの検査費用を記載してください。その際に端数が生じる場合は、いずれかに寄せるなど、領収書の金額と検査費用の合計が一致するようにしてください。
- プルダウンから選択した検査の種類によって、助成対象額が決定するため、間違えの無いようお願いします。

サービス種類を選択

受検者の区分を選択

受検者名簿 ※本名簿に記載の個人情報（氏名及び生年月日等）を小金井市へ提出すること について本人の同意を得てください。				合 計			248,500	221,000	
No.	事業所名	事業所番号	サービス種類	受検者氏名	生年月日	受検者の 区分	検査の 種類	検査費用	助成対象額
31	東小金井デイサービス	222222222	通所介護			① 職員			検査の種類を選択
32	東小金井 受検者名簿の欄が不足する場合には、印刷範囲を調整して、行を増やして使用してください（500行）	2222	通所介護			① 職員	PCR検査	一人当たりの 検査費用を入力	
33									サービス種類を選択

令和 4 年 6 月 30 日

(宛先) 小金井市長

申請書の情報が反映されます。
本誓約書の内容を確認いただき、代表者印を押
印して、ご提出ください。

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業
補助金交付申請に係る誓約書

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業補助
金交付要綱（以下、要綱という。）第6条に規定する補助金の交付申請を行うに当た
り、当該補助対象経費を、法人において負担しましたことをここに誓約いたします。

また、この誓約に違反又は相違があり、要綱第10条において規定する補助金交付
決定の取消しを受けた場合において、要綱第11条の規定に基づき返還を命じられた
ときは、これに異議なく応じることを誓約いたします。

(申請者) 法人名 小金井介護 株式会社

代表者名 小金井 太郎 (印)

所在地 東京都小金井市本町六丁目6番3号

年 月 日

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業補助金交付請求書

申請書の情報が、反映されます。

請求額 **221,000** 円

小金井市介護事業所等における新型コロナウイルス感染拡大防止対策推進事業補助金について、上記の金額を請求します。

なお、補助金は下記の口座に振り込んでください。また、この請求項目が電子計算組織に記録されることを承諾します。

請求書の日付は空欄のままご提出ください。

(宛先) 小金井市長

申請書の情報が、反映されます。

法人名 小金井介護 株式会社

代表者名 小金井 太郎 (印)

所在地 東京都小金井市本町六丁目6番3号

振込先の口座情報を入力してください。

【 振込先 】 ※法人名義の口座を記入してください。

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	支店 本店 出張所
金融機関コード		店舗コード	
口座種別	普通 当座 貯蓄 その他 ()	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			