

令和5年度

静岡市

令和5年度下半期における
社会福祉施設等物価高騰対策支援金
(介護施設分)

申請要領

静岡市 保健福祉長寿局

健康福祉部 介護保険課

054-221-1088

1 支援金の概要

○対象事業者・支援金の額

静岡市内に所在する施設において、下記の表に掲げるサービス事業又は施設の運営を行う者

種別	支援金の額
認知症対応型共同生活介護 地域密着型特定施設入居者生活介護 特定施設入居者生活介護 小規模多機能型居宅介護（宿泊分） 複合型サービス（宿泊分）	種別に応じた事業又は施設ごとに申請日の属する月の3月前の月の1月間の延べ利用者数を同期間の開所日数で除して得た数（小数点以下の端数があるときは、これを切り捨てた数）に3,000円を乗じて得た額に令和5年10月から令和6年3月までの期間で当該事業又は施設を運営し、又は運営する月数を乗じて得た額
短期入所生活介護 短期入所療養介護 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院	種別に応じた事業又は施設ごとに申請日の属する月の3月前の月の1月間の延べ利用者数を同期間の開所日数で除して得た数（小数点以下の端数があるときは、これを切り捨てた数）に2,440円を乗じて得た額に令和5年10月から令和6年3月までの期間で当該事業又は施設を運営し、又は運営する月数を乗じて得た額
通所介護 通所リハビリ（保険医療機関におけるみなし指定事業所を除く。） 認知症対応型通所介護 地域密着型通所介護 小規模多機能型居宅介護（通い分） 複合型サービス（通い分）	種別に応じた事業又は施設ごとに申請日の属する月の3月前の月の1月間の延べ利用者数（1日の利用時間が5時間以上の者を1人とし、5時間未満の者を0.5人として算定する。）を同期間の開所日数で除して得た数（小数点以下の端数があるときは、これを切り捨てた数）に340円を乗じて得た額に令和5年10月から令和6年3月までの期間で当該事業又は施設を運営し、又は運営する月数を乗じて得た額

※申請時において休止又は廃止していないものとします。

※利用者数は、介護予防サービス及び第1号事業の利用者数を除きます。

※第1号通所事業所、訪問系の事業所、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与・販売事業所は、対象外となります。

2 申請概要

○申請受付期間

令和6年1月1日（月）から令和6年1月31日（水）まで

（令和5年11月1日（水）から11月30日（木）までに運営を開始した事業所にあつては
令和6年2月1日（木）から令和6年2月29日（木）まで

令和5年12月1日（金）から12月31日（日）までに運営を開始した事業所にあつては
令和6年3月1日（金）から令和6年3月5日（火）まで）に申請して下さい。

○申請者

対象の事業所を運営する法人

○申請方法

電子申請により申請してください。

次のURLから申請いただけます。（LOGOフォーム）

URL: <https://logoform.jp/form/79j2/462267>

下記「必要書類」を添付して申請してください。



電子申請QRコード

※電子申請により回答ができない場合は、介護保険課（TEL:054-221-1088）までご連絡ください。

○必要書類

(1) 通所系事業所延べ利用者数計算シート

※通所系事業所及び多機能系事業所（通い分）の延べ利用者数を算出するシートになります。

作成にあたっては、申請要領を十分に確認してください。

通所系事業所及び多機能系事業所（通い分）の申請を行わない法人については、作成・提出は不要です。

(2) 申請用エクセルファイル（介護施設分）

※作成にあたっては、申請要領を十分に確認してください。

(3) 介護給付費等支払決定額内訳書の写し（静岡県国民健康保険団体連合会から発行されるもので、申請日の属する月の3月前の月のサービス提供年月分）

※多機能系事業所分は内訳書に代えて、対象月の日毎の利用人数（宿泊分・通い分別）のわかる資料（任意書式）を添付してください。

国保連合会 → 事業所		介護給付費等支払決定額内訳書					令和〇年〇月〇日 1頁 静岡県国民健康保険団体連合会	
事業所番号	事業所名	令和5年11月 審査分						
保険者番号 (公費負担番号)	サービス 提供年月	サービス 種類名	審 査 決 定				保険者(公費負担者) 負担金額 (特定入所者介護費等)	備考
			件数	日数 (日数) 日 (回)	単位数 単位	金額 円		
221002	R5.09	認知症型通所介護	10	150	15550	160631	144567	
221002	R5.10	認知症型通所介護	200	1960	210005	2169351	1952415	
審査決定	介護サービス費		21	211	225555	2329982	2096982	
	特定入所者介護費等		0	0		0	0	
過誤調整	介護サービス費		0	0	0	0	0	
	特定入所者介護費等		0	0		0	0	
支払決定	介護サービス費		21	211	225555	2329982	2096982	
	特定入所者介護費等		0	0		0	0	

※1. 下段は特定入所者介護サービス費等です。
 ※2. 特定入所者介護サービス費等の件数、日数は再掲です。
 ※3. 単位数、金額、保険者(公費負担者)負担金額(特定入所者介護費等)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。
 ※4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書、介護給付費再審査決定通知書に記載しています。

(4) 口座が確認できるもの（通帳の写し等）

通所系事業所延べ利用者数計算シート、申請用エクセルファイル（介護施設分）は、市HPからダウンロードいただけます。

URL:https://www.city.shizuoka.lg.jp/000_003372_00005.html

3 通所系事業所延べ利用者数計算シートの作成

通所系事業所及び多機能系事業所（通い分）の申請を行わない法人については、作成・提出は不要です。6 ページの 4 申請用エクセルファイル（介護施設分）の作成へお進みください。

市 HP から「通所系事業所延べ利用者数計算シート」をダウンロードしてください。

ファイルを開き、シートの着色部分へ入力してください。（着色部分以外は自動計算されますので、入力不要です。）

入力内容は以下のとおりです。

項目	注意点等
申請月	・プルダウンから該当する申請月（申請日の属する月）を選択してください。
申請者名（法人名）	・対象の事業所を運営する法人が申請者となります。
施設・事業種別	・プルダウンから該当する施設・事業種別を選択してください。
事業所番号	・対象の事業所の事業所番号を入力してください。
事業所名	・対象の事業所の事業所名を入力してください。
計算月	・申請月の3月前の月をプルダウンから選択してください。 ・（例）申請月 令和6年1月 ↓ 計算月 令和5年10月
A 延べ利用者数 （要介護）	・国保連からの決定額内訳書の日数欄に記載の数を入力してください。決定額内訳書内の具体的な箇所については、シート下段の図を参考としてください。 ・多機能系事業所は、事業所の利用記録から入力してください。 ・多機能系事業所については、同日に「通い分」と「宿泊分」がある利用者については、「宿泊分」のみカウントしますので、「通い分」のカウントはしないでください。 ・介護予防サービス及び第1号事業の利用者数を除きます。

項目	注意点等
B Aのうち1日の利用時間が5時間以上の者の延べ利用者数	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の利用記録から、Aのうち1日の利用時間が5時間以上の者の延べ利用者数を入力してください。
C Aのうち1日の利用時間が5時間未満の者の延べ利用者数	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の利用記録から、Aのうち1日の利用時間が5時間未満の者の延べ利用者数を入力してください。 ・ここでは、0.5でカウントしないでください。
審査	<ul style="list-style-type: none"> ・自動計算されます。 ・$A = B + C$の場合に「○」が表示されます。 ・「×」が表示された場合はAからCを確認ください。
D $B + (C / 2)$	<ul style="list-style-type: none"> ・審査が「○」の場合、自動計算されます。 ・1日の利用時間が5時間未満の利用者を0.5人で算定しています。 ・この値を「申請用エクセルファイル（介護施設分）」の申請書別紙（入力シート）のシート内延べ利用者数へ転記してください。

※複数の通所系の事業所を申請する法人については、行を変えて入力ください。

※ファイル名を（法人名●●）通所系事業所延べ利用者数計算シートとし、電子申請時に添付して提出ください。

4 申請用エクセルファイル（介護施設分）の作成

市 HP から「申請用エクセルファイル（介護施設分）」をダウンロードしてください。

ファイルを開き、申請書別紙（入力シート）のシートの着色部分へ入力してください。（着色部分以外は自動計算されますので、入力不要です。）

入力内容は以下のとおりです。

○基本項目の入力

項目	入力例	注意点等
申請日	令和6年1月15日	電子申請等で申請する日を入力例のとおり和暦で入力してください。
申請者名（法人名）	株式会社静岡	対象の事業所を運営する法人が申請者となります。
申請者郵便番号 （法人郵便番号）	012-3456	
申請者住所 （法人住所）	静岡県静岡市葵区〇〇1-2-3	
法人代表者職種・氏名	代表取締役 静岡 太郎	
担当者氏名	蒲原 次郎	・申請担当者の連絡先を入力してください。 ・連絡先は携帯電話可 ・担当者は、法人ではなく事業所の職員でもかまいません。
担当者所属	株式会社静岡総務課	
担当者連絡先（電話）	012-3456-7890	
担当者連絡先 （メールアドレス）		

項目	入力例	注意点等
振込先金融機関名	葵銀行	<ul style="list-style-type: none"> ・ 支援金の振込先についての情報を入力してください。 ・ 振込先は、申請者(法人)が名義である口座の指定をお願いします。
振込先金融機関コード (半角数字)	1234	
振込先支店名	駿河支店	
振込先支店コード (半角数字)	123	
振込先口座種別	普通	
振込先口座番号 (半角数字)	1234567	
振込先口座名義	株式会社静岡	
振込先口座カナ (半角カナ)	カシヅカ	

○内訳書の入力

複数の対象サービス事業若しくは対象施設の運営をおこなっている法人は、まとめて申請いただけます。

項目	注意点等
施設・事業種別	<ul style="list-style-type: none"> ・プルダウンから該当する施設・事業種別を選択してください。（直接入力すると一人当たりの支援金額等が表示されない場合があります。） ・多機能系事業所（小規模多機能型居宅介護事業所及び複合型サービス）は「通い分」と「宿泊分」を2行に分けて入力してください。
事業所名	施設・事業種別に対応する事業所名を入力してください。
事業開始日	<ul style="list-style-type: none"> ・令和5年11月以降に事業を開始した場合のみ入力してください。 ・2023/11/1（11月1日から開所の場合）のように入力ください。
延べ利用者数	<ul style="list-style-type: none"> ・申請日の属する月の3月前の1月間の延べ利用者数 ・通所系事業所及び多機能系事業所（通い分）は先に「通所系事業所延べ利用者数計算シート」を作成し、Dの値を転記してください。 ・上記以外の事業所は、介護給付費等支払決定額内訳書（10ページの表の転記箇所）より転記してください。 ・介護予防サービス及び第1号事業の利用者を除きます。 ・入所日及び退所日の当日も、利用者数としてカウントできません。 ・多機能系事業所については、同日に「通い分」と「宿泊分」の両方の利用がある利用者については、「宿泊分」のみカウントし、「通い分」のカウントはしないでください。 ・自費利用の利用者はカウントしないでください。 ・保険者が静岡市ではない利用者もカウントできます。
開所日数	<ul style="list-style-type: none"> ・延べ利用者数算出の同期間における開所日数を入力ください。 ・静岡県国民健康保険団体連合会から発行される介護給付費等決定額内訳書における審査決定された日数を入力してください。

項目	注意点等
平均利用者数	自動計算されます。 (延べ利用者数／開所日数) 小数点以下切捨
支援金額単価	施設・事業種別に表示されます。
支援金額(1月あたり)	自動計算されます。(平均利用者数×支援金額単価)
運営月数	事業開始日より自動計算されます。 事業開始日欄が空欄の場合は「6」となります。 事業開始日から令和6年3月までの月数が表示されます。
支援金額(申請額)	自動計算されます。(支援金額①×運営月数) この列の計が申請額となります。

その他

●申請書別紙(入力シート)以外のシートは自動作成されますので、入力は不要です。

●延べ利用者数及び開所日数が確認できる書類について

要綱第5条の「申請日の属する月の3月前の1月間の延べ利用者数及び開所日数が確認できる書類」は、この通所系事業所延べ利用者数計算シート(通所系事業所及び多機能系事業所(通い分)のみ)、申請用エクセルファイル及び介護給付費等支払決定額内訳書の写し(多機能系事業所分は対象月の日毎の利用人数(宿泊分・通い分別)のわかる資料(任意書式))とします。

通所系事業所延べ利用者数計算シート等に入力いただいた利用者数等は、国保連の給付費確定後の利用者数等と突合しますので、差異が生じないように入力をお願いします。

※延べ利用者数転記箇所

国保連合会 → 事業所		介護給付費等支払決定額内訳書						令和〇年〇月〇日	
事業所番号		事業所名		令和5年11月 審査分				1頁	
								静岡県国民健康保険団体連合会	
保険者番号 (公費負担番号)	サービス 提供年月	サービス 種類名	審 査 決 定				保険者(公費負担者) 負担金額 (特定入所者介護費等)	備考	
			件数	日数 (日数) 日 (回)	単位数 単位	金額 円			
221002	R5.09	認知症型通所介護	1 0	15 0	15550	160631	144567		
221002	R5.10	認知症型通所介護	21 0	196 0	210005	2169351	1952415		
審査決定	介護サービス費 特定入所者介護費等	申請日の属する月の3月前 (例) 支援金申請月 令和6年1月 サービス提供年月 令和5年10月	1 0	211 0	225555	2329982 0	2096982 0		
過誤調整	介護サービス費 特定入所者介護費等		0 0	0 0	0	0 0	0 0		
支払決定	介護サービス費 特定入所者介護費等		21 0	211 0	225555	2329982 0	2096982 0		

※1. 下段は特定入所者介護サービス費等です。
 ※2. 特定入所者介護サービス費等の件数、日数は再掲です。
 ※3. 単位数、金額、保険者(公費負担者)負担金額(特定入所者介護費等)の各欄は介護保険給付と公費給付の合算です(生保単独を除く)。
 ※4. 過誤調整の内訳については、介護給付費過誤決定通知書、介護給付費再審査決定通知書に記載しています。

なお、静岡市の支援金単価は、静岡県が実施する支援金を考慮して設定しております。
 別途、県への交付申請を忘れずに行ってください。