

(様式2)

介護事業所等サービス継続支援事業費補助金に関する事業実施計画書(事業所単位)

施設概要

介護保険事業所番号		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
提供サービス(プルダウンから選択)					定員
					人
事業区分		<input type="checkbox"/> 介護事業所等サービス継続支援事業		<input type="checkbox"/> 介護施設等サービス継続支援事業	

口座情報

①高知県福祉・介護職員処遇改善等支援交付金に使用する口座情報を本事業の振込に使用することに同意する	<input checked="" type="checkbox"/>	高知県福祉・介護職員処遇改善等支援交付金の申請をしない場合は、左欄の✓を外して下さい。
②高知県福祉・介護職員処遇改善等支援交付金に使用する口座は債権譲渡されていない	<input checked="" type="checkbox"/>	債権譲渡されている場合は、左欄の✓を外して下さい。 ※債権譲渡されている場合は、③を✓のうえ、別シートの振込口座情報を記入のうえ提出
③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	<input type="checkbox"/>	

見積書等の根拠資料は事業所において適切に備蓄されているものと見做すものとさせていただきます。

・品目ごとに金額と積算を記載してください。  
 (水道代、光熱費、ガソリン代など金額の変動があるものはおおよそでかまいません)  
 ・「等」は使用しないでください。 ※水熱水費「等」は不可

1. 介護事業所等サービス継続支援事業		申請額
【介護サービスを円滑に継続するための対応】		千円 235 千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
需用費	146,000	水道代30,000円(月10,000円×3ヶ月)、光熱費75,000円(月25,000円×3ヶ月) ガソリン代 36,000円(180円×20リットル×10回) 介助用手袋5,000円(1,000円×5セット)
役務費	9,000	社用携帯電話通信費(月3,000円×3ヶ月×1台)
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費	80,000	ポータブル充電器50,000円、サーキュレーター30,000円
合計	235,000	

【災害備蓄等への対応】		・所要額が上限を超えていても、上限額までしか支払われないので問題ありません。
科目	所要額(円)	
需用費		
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

2. 介護施設等サービス継続支援事業		補助上限額	申請額
		千円	千円

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
需用費		上に同じです
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計		

(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。