

介護施設等に対するサービス継続支援事業費補助金交付の交付申請について

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課
介護施設指導係

交付申請にあたっての注意事項

①補助金の対象

「交付決定を受けてから令和8年3月31日まで」に購入した
食材料費です。

②予算の範囲内での執行となります。

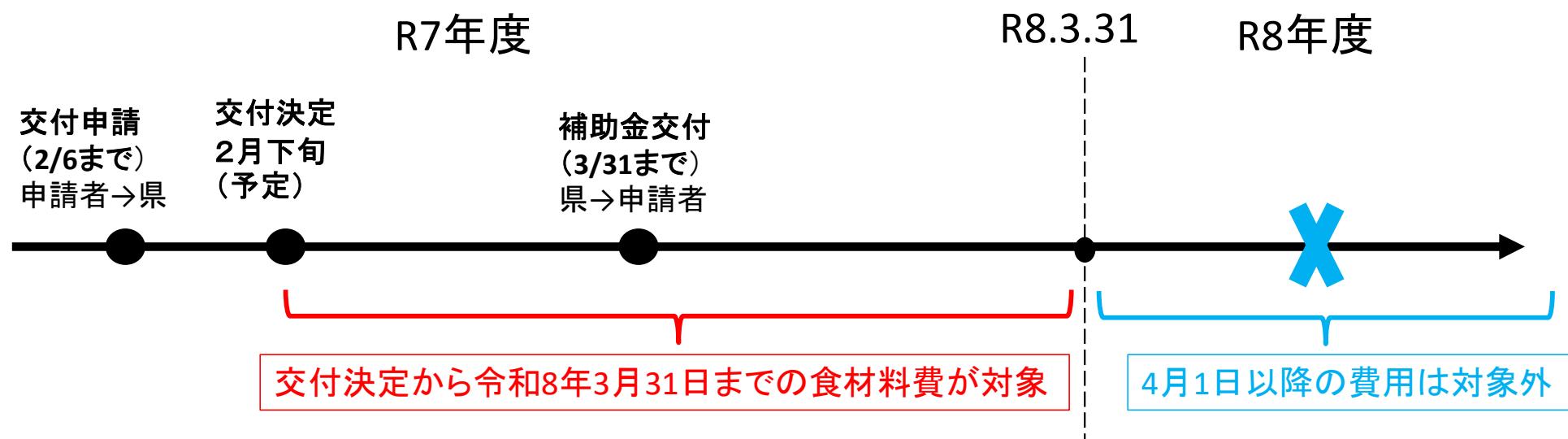
申請額に調整率を乗じて各施設の補助金額を算定し、
交付決定通知において補助金額をお知らせする予定です。

【事業概要】

食事の提供という基幹的なサービスの質を確保するための緊急的な支援として、介護施設等に対して食料品の購入に必要な費用等を予算の範囲内において補助を行う。

【対象となる経費】 食材料費

「補助金の交付決定を受けてから令和8年3月31日までに購入した分の費用」が補助の対象となります



【補助金額】

施設ごとに、

基準単価と補助対象経費の実支出額とを比較して少ない方の額

※基準単価は1定員当たり18,000円です。

基準単価＝定員数 × 18,000円

(例)施設定員50名の場合

基準単価＝50名×18,000円＝900,000円(＝90万円)

3月の食材料費の見込み 2,000,000円(＝200万円)

90万円<200万円なので

補助申請額は、90万円となります。

※定員数は令和7年4月1日時点

【補助金額にかかる注意事項】

予算の範囲内での執行となります。
申請者が多数となった場合は、申請締切後に調整率を乗じて各施設の補助金額を算定し、交付決定通知において補助金額をお知らせします。

補助申請額 × 調整率 = 交付額

【対象施設等】

- ①介護老人福祉施設
- ②介護老人保健施設
- ③介護医療院
- ④地域密着型介護老人福祉施設
- ⑤短期入所生活介護事業所
- ⑥養護老人ホーム
- ⑦軽費老人ホーム

【申請期限および提出方法】

○申請期限

令和8年2月6日(金)午後5時まで

○提出方法

しがネット受付サービス

※郵送では受け付けていません。

【申請書作成の注意点】

申請額の確定(様式2 個票)

①提供サービスを選択し、②定員数を入力することで「補助上限額」が自動計算されます。

(様式2)

| 介護施設等に対するサービス継続支援事業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 | ① 住所 | 連絡先 | 電話番号 | 担当部署名 ② |
| | 滋賀県 | | | | |
| 提供サービス(プルダウンから選択) | | 介護老人福祉施設 | | | 定員 50 人 |
| 事業区分 | | <input checked="" type="checkbox"/> 介護施設等に対するサービス継続支援事業 | | | |

【申請書作成の注意点】

申請額の確定(様式2 個票)

①提供サービスを選択し、②定員数を入力することで「補助上限額」が自動計算されます。

| | | | |
|--|---|-----------|-----------|
| 提供サービス(ブルダウンから選択) | 介護老人福祉施設 | 定員 | 50 人 |
| 事業区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 介護施設等に対するサービス継続支援事業 | | |
| 口座 | □座情報 | | |
| 見積 支出 | 提供サービスを選択し定員を入力すると自動計算されます。 | | |
| (例) 介護老人福祉施設を選択し定員50と入力 18,000円 × 50人 = 900,000円 = 900千円 ← 900が補助上限額として自動入力 | | | |
| 介護施設等に対するサービス継続支援事業 | | | |
| 科目 | 所要額(円) | 用途・品目・数量等 | 補助上限額 申請額 |
| | | | 900 千円 千円 |

【申請書作成の注意点】

申請額の確定(様式2 個票)

③所要額を入力することで申請額が自動計算されます。

| 支出予定額 | | | |
|---------------------|-----------|-----------|--------|
| 介護施設等に対するサービス継続支援事業 | | 補助上限額 | 申請額 |
| | | 900 千円 | 900 千円 |
| 科目 | ③ 所要額(円) | 用途・品目・数量等 | |
| 食材料費等 | 2,000,000 | 食材料費等 一式 | |
| 合計 | 2,000,000 | | |

(注)申請額は、補助上限額と所要額を比

③所要額を入力すると自動計算されます。

(例)所要額2,000,000円(2,000千円)を入力したので、
補助上限額 900千円と所要額2,000千円を比べて(900千円<2,000千円)、
低い額である900千円が自動入力

【申請書作成の注意点】

様式1 個票のシートを1つのExcelファイルに集約し、
個票シート名を「個票●」に変更 ※●は数字を1から順に入力

(様式1)事業所・施設別申請額一覧

| No. | 事業所・施設名 | 介護保険事業所番号 | サービス種別 | 電話番号 | 住所 | 代表となる事業所・施設名 | 補助予定額(千円) | | 審査結果 |
|-----|--------------|------------|----------|--------------|---------------|--------------|---------------------|-------|------|
| | | | | | | | 介護施設等に対するサービス継続支援事業 | 合計 | |
| 1 | 特別養護老人ホーム滋賀県 | 2579999999 | 介護老人福祉施設 | 077-528-3523 | 滋賀県大津市京町4-1-1 | 社会福祉法人滋賀県 | 900 | 900 | |
| 2 | 介護医療院滋賀県 | 2579999998 | 介護医療院 | 077-528-3523 | 滋賀県大津市京町4-1-1 | 社会福祉法人滋賀県 | 720 | 720 | |
| 3 | 介護老人保健施設滋賀県 | 2579999998 | 介護老人保健施設 | 077-528-3523 | 滋賀県大津市京町4-1-1 | 社会福祉法人滋賀県 | 1,620 | 1,620 | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |

各施設から提出された個票のシートを1つのExcelファイルに集約し、
個票シート名を「個票1」「個票2」「個票3」「個票4」「個票5」……に変更
※個票シート名を変更することで様式1は自動入力されます。

【まとめ】

- ①エクセルファイルの各シートの緑色のセルを漏れなく入力
- ②各施設で様式2(個票)のシートを作成
(例)法人で5施設運営していれば様式2(個票)のシートは5枚必要。
- ③個票シートを一つのエクセルファイルに集約し、個票のシート名を変更。
「個票1」「個票2」…とシート名を変更
(例)5施設分の個票があるなら「個票1」～「個票5」の5つシート名を修正。

【その他の注意事項】

本事業にかかる問い合わせは、

電話番号:050-6875-3573