様式第６号（第９条関係）

第　　　　　号

年　　月　　日

　黒潮町長　　様

申請者　法人等名

住　　所

　　代表者名　　　　　　印

事業実施状況報告書

　　　年　　月　　日付け黒潮指令　第　　号で補助金の交付の決定を受けました　　年度黒潮町中山間地域介護サービス確保対策事業の実施状況について、黒潮町中山

間地域介護サービス確保対策事業費補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおり

関係書類を添えて報告します。

記

１　事業実施月　　　　年　　月

２　添付書類

（１）黒潮町中山間地域介護サービス確保対策事業事業実施状況調（別紙４）

（２）その他町長が必要と認める書類

別紙４

黒潮町中山間地域介護サービス確保対策事業　事業実施状況調（　　年　　　月サービス提供分）

事業者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | サービス種別 | 区分 | 訪問・送迎対象者数 | 基準額 | 備考 |
|  |  | 訪問・送迎に20分以上60分未満の時間を要するサービスへの助成 |  |  |  |
| 訪問・送迎に60分以上の時間を要するサービスへの助成 |  |  |  |
| 常勤職員の新規雇用への助成 |  |  | 新規雇用人数  　　　　　人 |
| 計 |  |  |  |
|  |  | 訪問・送迎に20分以上60分未満の時間を要するサービスへの助成 |  |  |  |
| 訪問・送迎に60分以上の時間を要するサービスへの助成 |  |  |  |
| 常勤職員の新規雇用への助成 |  |  | 新規雇用人数  　　　　　人 |
| 計 |  |  |  |
| 合　　計 | | |  |  |  |

※サービス種別が多く、１枚に収まらない場合は、必要に応じ、欄を増やすこと。

※別紙４―１「事業実施状況明細書総括表」及び別紙４―２、４―３「事業実施状況被保険者別明細書」を添付すること。

※新規雇用に係る補助金に該当する場合は、雇用した職員について雇用を証明する書類(雇用した年月日、雇用形態含む書類)及び従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表を添付すること。

別紙４―１

事業実施状況明細書総括表（　　年　　　月サービス提供分）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| サービス種別（予防を含む。） |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 被保険者番号 | 住所 | 氏名 | 事業所からの距離（ｋｍ） | 事業所からの所要時間（分） | サービス提供回数（回） | 基準額  （円） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  | 人 |  |  |  |  |

※事業所ごと（予防を含む。）に別葉で作成してください。

別紙４―２

事業実施状況被保険者別明細書

①訪問介護、訪問入浴、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　　　　名 | |  | |

１　サービス提供の内容等

（１）補助対象区分１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス内容　Ａ | サービスコードＢ | 単位数Ｃ | 回数Ｄ | サービス単位数Ｅ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

注）介護給付費請求書の請求明細書に準じて記載すること。Ｃ欄の単位数は、コード表の合成単位数を記載すること。Ｅ欄は、ＣにＤを乗じて得た単位数を記載すること。

（２）補助対象区分２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス内容　a | サービスコードｂ | 単位数ｃ | 回数ｄ | サービス単位数ｅ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

注）１　複数雇用した場合は、この表は人数に応じ分けて記載すること。

２　区分２の適用を受ける日数分のサービスを記載すること。月を通じて雇用した場合は、（１）と同じ内容を記載すること。

３　その他は（１）に準じ記載すること。

２　補助金所要額の算出

（１）補助対象区分１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス単位数Ｅの合計  Ｆ | 割合  Ｇ | 補助基本単位数  Ｈ | 基準額  I |
|  |  |  |  |

注）１　Ｇ欄は15％、35％、10％のいずれかを記載すること。

２　Ｈ欄は、Ｆ欄にＧ欄の補助率を乗じ、小数点以下を四捨五入すること。

　　３　I欄は、Ｈ欄の単位数に10円を乗じて得た額を記入すること。

（２）補助対象区分２

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス単位数ｅの合計  ｆ | 割合  ｇ | 補助基本単位数  ｈ | 基準額  ｉ |
|  |  |  |  |

注）この表は、複数雇用した場合は、人数に応じ分けて作成すること。ｇ欄は５％を記載すること。その他は（１）に準じて記載すること。

３　基準額合計

|  |  |
| --- | --- |
| I＋i | 円 |

※この額を別紙４―１「事業実施状況明細書総括表」の基準額欄に記載すること。

別紙４―３

事業実施状況被保険者別明細書

②小規模多機能型居宅介護

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 |  | 被保険者番号 |  |
| 氏　　　　名 | |  | |

１　サービス提供の内容、補助金所要額の算出

（１）補助対象区分１

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 訪問（送迎）  回数（回）  Ａ | 基準額単価（円）  Ｂ | 基準額合計（円）  Ｃ（Ａ×Ｂ） | 備　考 |
| 訪問 |  |  |  |  |
| 送迎 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

注）１訪問回数は、１回の訪問ごとに１回とカウントすること（１日に２回訪問した場合は、２回とカウントすること。）。

２送迎回数は、利用者を自宅から事業所に迎え、事業所から家に送るまでを１回とカウントすること。

３訪問と送迎が連続する場合は、訪問を１回とカウントすること。

（２）補助対象区分２

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 訪問（送迎）  回数（回） a | 基準額単価（円）  ｂ | 基準額合計（円）  ｃ（a×b） | 備　考 |
| 訪問 |  |  |  |  |
| 送迎 |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

注）１ａ欄は、区分２の適用を受ける日数の回数を記載すること。

２その他は（１）に準じ記載すること。

３　基準額合計

|  |  |
| --- | --- |
| Ｃ＋ｃ | 円 |

※この額を別紙４―１「事業実施状況明細書総括表」の基準額欄へ記載すること。