

実績報告書の作成手順

○慰労金・支援金の実績報告について

補助金の対象となる事業が完了したときから30日後又は令和3年4月10日のいずれか早い日までに、実績報告書（様式第5号）を知事に提出してください。

実績報告は、交付決定通知每に行ってください。（慰労金と支援金を別に申請された場合は、それぞれに報告が必要です。）

※変更申請をされた場合は、当初の交付決定通知に係る一連のものとして実績報告を行ってください。

○支援金の実績報告前の準備について

支出内容を証明する資料（納品書、領収書、支払記録等）について、「別紙（支援金対象経費明細）」を作成してください。また、作成された「別紙（支援金対象経費明細）」と支出内容を証明する資料（納品書、領収書、支払記録等）については、佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所等に適切に保管してください。

○実績報告書の作成手順について ※申請書及び交付決定通知をお手元にご用意ください。

※入力が必要なのは、水色のセルのみです。

薄緑色のセルはブルダウンから選択してください。

様式名 sheet名	(様式第4号) 実績報告書	(様式1) 精算額一覧	(様式2) 個票1～	(様式3) 職員表
①	<ul style="list-style-type: none"> ・貴法人の申請書及び佐賀県からの交付決定通知を参考に、水色のセルを入力してください。 ・報告内容に関するの問合せに対応できる方の連絡先も入力してください。 	最後に入力結果が反映しますので、ここでの作業は不要です。	<ul style="list-style-type: none"> ・申請時と同様に、個票を提供サービス毎に作成してください。 ・既交付額と、「別紙（支援金対象経費明細）」を参考に、実際に使った額及び品目、数量等の内訳を入力してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・申請書の内容を基に支払い実績を入力してください。 ※既に県へ報告済みの場合も、そのデータを報告してください。
	変更申請をされた場合	<ul style="list-style-type: none"> ・変更申請をされた場合は、変更交付決定の情報（変更交付決定日、障第〇〇号）も入力してください。 	<ul style="list-style-type: none"> ・変更申請をされた場合は、既交付額を再度ご確認ください。 	
	精算額が交付額に満たなかった場合		<ul style="list-style-type: none"> ・各事業ごとに返納額が表示されます。 ・返還については、県からの連絡をお待ちください。 	
	精算額が交付額を上回った場合		<ul style="list-style-type: none"> ・実績報告後の追加交付はありません。 	
入りに当たっては、各シートの右側のコメントを参考にしてください。				
②	<p>各個票（各サービス）の情報が、精算額一覧、実績報告書に反映されていることをご確認ください。誤りがなければ、県へ報告をお願いします。</p>			

(様式第5号)

令和 3 年 1 月 20 日

佐賀県知事 殿

(法人名) 社会福祉法人
(役職・代表者名) 理事長

令和2年度新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)補助金等実績報告書

令和 2 年 10 月 22 日付け障第 3401 号で交付決定 ~~(及び令和 年 月 日付け障第 号で変更交付決定)~~
の通知があった標記補助金等について、下記のとおり事業を実施しましたので、関係書類を添えて報告します。

補助金等精算額: 1,153 千円

(内訳)

- 1. 障害福祉慰労金事業 200 千円
- 2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業(多機能型簡易居室分を除く) 757 千円
- 2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業(多機能型簡易居室分に限る) 千円
- 3. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援事業所による利用者への再開支援への助成事業 6 千円
- 4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業 190 千円

○ 事業の目的、内容及び効果
新型コロナウイルス感染症に対する最大限の感染症対策を継続的に行うなどにより、必要なサービスを提供する体制を構築した。

○ 事業の完了年月日 令和 2 年 12 月 28 日

(添付書類)

- 1 事業所・施設別精算額一覧(様式1)
- 2 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)に関する事業実績報告書(事業所単位)(様式2)
- 3 障害福祉慰労金受給職員表(法人単位)(様式3)

【報告内容に関する連絡先】

申請法人住所	〒840-8570 佐賀市城内1-1-59
部署名	障害福祉事業部
担当者氏名	佐賀 一郎
連絡先	電話番号 0952-25-2111
	e-mail saga@saga.jp

申請者:
申請時と変更がある場合には、その内容が分かるものを添付してください

交付決定の通知:
佐賀県からの交付決定通知を確認の上、記載してください。
1回の申請のみの場合:
朱書き部分は、線を引いた見え消し状態のままにしてください。
変更申請有の場合:
朱書き部分の日付・番号を記載して、見え消しの線は消してください。

慰労金と支援金を分けて、それぞれに申請していた場合は、「変更申請有」ではありませんので、慰労金と支援金のそれぞれで実績報告書を提出してください。

精算額:
本欄の金額と精算額一覧の合計額と一致しない場合には、下記のチェック欄に「！」と表示されます。
精算の内容に記載漏れなどが無いか確認してください。

職員表計	20万円	人5万円	4人合計	4人
個表計	20万円	人5万円	4人合計	4人

慰労金の受給者数:
慰労金の受給者として職員表に記載された人数と、個票の「慰労金の区分・人数」に記載された人数の合計が一致しない場合は、上記のチェック欄に「！」と表示されます。
支給されなかった方に、慰労金額の表示がされていないかご確認ください。

このシートについては入力の作業は不要です。

No.	事業所・施設名	事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	補助精算額(千円)					審査結果		
							障害福祉慰労金	20万円対象者の有無	感染対策費用助成事業(多機能型居室を除く)	感染対策費用助成事業(多機能型居室に限る)	個別再開支援助成事業		再開環境整備助成事業	合計
1	●●園	4101234567	生活介護	0952-25-2111	佐賀県佐賀市内1-1-59	社会福祉法人○○○	200		757		6	190	1,153	
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														
29														
30														

事業所・施設別申請額一覧(全般):
この様式の記載内容は、全て他の様式の記載事項から反映されるため、各事業所において直接記入する必要はありません。正しく反映されているか確認して下さい。

「都道府県使用欄」:
各事業所における記入は不要です

○

※この欄に「○」が表示されない場合、本表の事業所数と個票の枚数が一致していません。
個票のシート名に誤りがないか確認して下さい。

(注) 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。

(様式2)

新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業(障害分)に関する事業実績報告書(事業所単位)									
施設概要									
事業所番号	4101234567			事業所名称	●●園				
所在地	都道府県名	住所			電話番号	担当部署名			
	佐賀県	佐賀市内1-1-59			0952-25-2111	総務課			
提供サービス(プログラムの選択)	生活介護			定員	30	職員数(原簿含む)	8		
事業区分	<input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉慰労金事業 → 1を記載		<input checked="" type="checkbox"/> 感染対策徹底支援事業 → 2-1,2-2を記載						
	<input checked="" type="checkbox"/> 個別再開支援助成事業 → 3を記載		<input checked="" type="checkbox"/> 再開環境整備助成事業 → 4を記載						
精算額									

1. 障害福祉慰労金事業	※対象職員の氏名等について、様式3を作成すること	既交付額	250	千円	返還額	50	千円	精算額①	200	千円
慰労金の区分・人数	20万円対象	人	5万円対象	人	4	振込手数料	千円(千円未満切捨)			

2-1. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用を除く。)	補助上限額	精算分②	757	千円
【感染拡大防止対策やサービスの提供体制の確保のための経費】	757	千円	既交付分	757
			返還額	千円

科目	精算額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金	20,000	外部専門家による感染防止研修の謝金
会議費		
旅費		
需用費	250,000	洗面所の自動水栓への改修
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料	300,000	自動車リース料
備品購入費	200,000	タブレットPC
合計	770,000	

申請時は5人分で交付決定されたが、他事業所で慰労金交付済みだった等の理由で、1人が給付不要となったケース。

2-2. 感染症対策を徹底した上での障害福祉サービス提供支援事業 (多機能型簡易居室の設置に要する費用に限る。)	補助上限額	精算分③	千円
	0	千円	既交付分
			返還額

科目	精算額(円)	用途・品目・数量等
工事請負費		
原材料費		
需用費		
役務費		
旅費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費		
合計	0	

3. 在宅サービス事業所による利用者への再開支援助成事業	既交付額	6	千円	返還額	千円	精算額④	6	千円
利用者1人当たり単価(計画相談支援及び障害児相談支援以外共通)	2,000	円	対象利用者数	3	人			
計画相談支援	1,500	円	対象利用者数	人				
障害児相談支援	2,500	円	対象利用者数	人				

4. 在宅サービス、計画相談支援及び障害児相談支援における環境整備への助成事業	補助上限額	精算分⑤	190	千円
【在宅サービス事業所における環境整備のための経費】	200	千円	既交付分	200
			返還額	10

科目	精算額(円)	用途・品目・数量等
賃金・報酬		
謝金		
会議費		
旅費		
需用費	10,000	飛沫防止パネル
役務費		
委託料		
使用料及び賃借料		
備品購入費	180,000	換気設備の購入・設置
合計	190,000	

申請時は200,000円で交付決定されたが、実際は190,000円だったケース。10千円の返納となる。

(注)2-1、2-2、及び4.の事業の申請額は、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。

「職員数」：申請書から転記してください。

「定員」：申請書から転記してください。訪問系サービスは記入不要です。

「職員数」：申請書から転記してください。

「振込手数料」：事業者が職員に慰労金を銀行振込等により支給する際の振込手数料(千円未満切捨)がある場合には記入してください。

「慰労金の区分・人数」：様式3(障害福祉慰労金受給職員表)の記入情報(事業所番号、慰労金の額)をもとに自動集計されます。

2-1「補助上限額」：提供サービスをもとに自動算出されます。(地域生活支援事業は対象外)

「精算額」：既交付額と精算額を比較して低い方の額(千円未満切り捨て)が自動入力されます。

「既交付額」：交付を受けた額を記入してください。

「返納額」：精算額が交付額に満たないときは、自動表示され、返納が必要です。

「用途・品目・数量等」：支出内容を簡潔に記載してください。

(例)「賃金」…臨時職員 人、「需用費」…(品名) 個
なお、この補助金等に該当する支出については、支出内容を証明する資料(納品書、領収書、支払記録等)について、別紙(支援金対象経費明細)を作成し、佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所等に適切に保管してください。

「補助上限額」：提供サービスにおいて、宿泊型自立訓練、短期入所、施設入所支援、共同生活援助(介護サービス包括型)、共同生活援助(日中サービス支援型)又は共同生活援助(外部サービス利用型)、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設を選択した場合のみ、金額が自動算出されます。

「精算額」：既交付額と精算額を比較して低い方の額(千円未満切り捨て)が自動入力されます。

「既交付額」：交付を受けた額を記入してください。

「返納額」：精算額が交付額に満たないときは、自動表示され、返納が必要です。

「精算額」：既交付額と精算額を比較して低い方の額(千円未満切り捨て)が自動入力されます。

「既交付額」：交付を受けた額を記入してください。

「返納額」：精算額が交付額に満たないときは、自動表示され、返納が必要です。

対象利用者情報：佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所等に適切に保管してください。

「補助上限額」：提供サービスにおいて、施設入所支援、共同生活援助(介護サービス包括型)、共同生活援助(日中サービス支援型)又は共同生活援助(外部サービス利用型)、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設を除く事業所を選択した場合のみ、金額が自動算出されます。

「精算額」：既交付額と精算額を比較して低い方の額(千円未満切り捨て)が自動入力されます。

「既交付額」：交付を受けた額を記入してください。

「返納額」：精算額が交付額に満たないときは、自動表示され、返納が必要です。

「用途・品目・数量等」：支出内容を簡潔に記載してください。

(例)「賃金」…臨時職員 人、「需用費」…(品名) 個
なお、この補助金等に該当する支出については、支出内容を証明する資料(納品書、領収書、支払記録等)について、別紙(支援金対象経費明細)を作成し、佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所等に適切に保管してください。

(様式3)障害福祉慰労金受給職員表(法人単位)

※ 本表は法人単位でまとめて記載すること。法人一括申請を行わずに事業所ごとに申請する場合も同様の取扱いです。(本表の記載内容は、同一法人であれば同一となります。)

氏名(漢字)	氏名(全角カナ)	生年月日(西暦)	本人の住所	主たる勤務先			分類				確認事項					支払い実績	
				事業所番号	提供サービス	事業所・施設の名	施設区分	対応区分	他の施設等との期間通算がある場合その施設名	慰労金(万円)	委任状の有無	他法人での慰労金の申請の有無	業務委託による従事者	重複申請者確認用	支払年月日(西暦)	支払金額	
1	佐賀太郎	サガタロウ	1970年1月1日	佐賀市×××1-1-1	4101234567	生活介護	●●園	その他の施設	社会期間に10日以上勤務		5	あり	なし		可	2020年11月4日	50,000
2	唐津次郎	カラツジロウ	1971年2月2日	唐津市◎◎1234番地	4101234567	生活介護	●●園	その他の施設	社会期間に10日以上勤務		5	あり	なし	該当	可	2020年11月4日	50,000
3	島橋三郎	シマシロウ	1973年3月3日	島橋市▲▲▲1-2-3	4101234567	生活介護	●●園	その他の施設				なし	あり	可			
4	多久四郎	タクシロウ	1974年4月4日	多久市○○○456番地	4101234567	生活介護	●●園(生活介護)	その他の施設	社会期間に10日以上勤務		5	あり	なし		可	2020年11月2日	50,000
5	伊万里五郎	イマリゴロウ	1975年5月5日	伊万里市●●●789番地	4101234567	生活介護	●●園(生活介護)	その他の施設	社会期間に10日以上勤務	△△センター	5	あり	なし		可	2020年11月2日	50,000
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	
22																	
23																	
24																	
25																	
26																	
27																	
28																	
29																	
30																	
31																	
32																	
33																	
34																	
35																	
36																	
37																	
38																	
39																	
40																	

申請時は5人分で交付決定されたが、他事業所で慰労金交付済みだった等の理由で、1人が給付不要となったケース。

- 「介護慰労金受給職員表」(全体)：氏名から確認事項まで、申請書から転記してください。
- 「確認事項」：慰労金の受給は、医療機関や障害施設等に勤務する者への慰労金を含めて、1人につき1回限り受給できます。費法人以外から受給され二重に受給された職員がいる場合、職員へ慰労金を支給できなかった場合などは、支給できなかった部分の返納が必要です。
- 「委任状の有無」：事業所を通じて慰労金を受給する場合には、当該職員は、当該法人に対して代理受領委任状の提出が必要です。なお、提出された委任状は、佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所に適切に保管してください。
- 「支払実績」：事業所が職員に対して、実際に慰労金を支給した日付及び支払金額を記入してください。なお、各事業所が職員に支給したことを証明する資料(入金記録、領収確認票等)は、佐賀県から求めがあった場合に速やかに提出できるよう、各事業所に適切に保管してください。
- 「慰労金(万円)」：重複受給となるなどの理由で、ご本人に支給されなかった場合には、対応区分を「空白」にして、慰労金の欄を表記させないようにしてください。