

外ヶ浜町内の福祉・医療施設での 新型コロナウイルス感染予防 対策を支援します!

発行：令和4年5月
外ヶ浜町役場総務課



●補助対象者

- 外ヶ浜町内に所在する福祉・医療施設を運営する法人等
(該当事業者には、町役場より直接ご案内しております。)

●補助内容

- 補助対象経費 新型コロナウイルスの感染予防や拡大防止を行うための消耗品や備品等の購入費。[補助対象経費の主なものは次頁を参照](#)
- 補助率 10/10
- 補助額 1法人(個人含む)あたり上限500,000円(上限になるまで複数回申請可)

【注意】令和4年5月1日以降に町役場から補助金の交付決定を受け、令和4年12月末までに購入し、代金を支払うものが補助対象となります。(補助金の交付決定を受ける前に発注・購入したものは、補助対象になりません。)

●申請受付期間

- 令和4年5月1日から令和4年8月31日まで

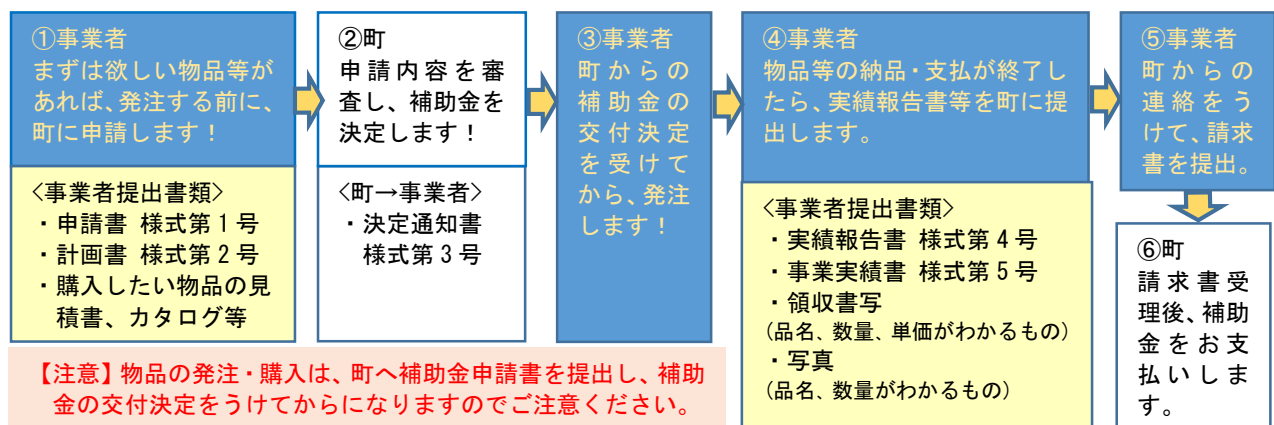
●申請書等の入手方法

- 外ヶ浜町ウェブサイト「重要なお知らせ／新型コロナウイルス関連情報」の「対策・支援策」よりダウンロードしてください。
URL:<http://www.town.sotogahama.lg.jp/kenkou/corona/index.html>

●申請書の提出

下記の問合せ先まで、メール、FAX、郵便などでご提出ください。なお、申請書の提出は、代表者印の押印を不要にしていますので、是非、メールをご活用ください。メール申請の場合は、関係書類をPDFや画像等で送信してください。

【物品購入までの流れ】



●問合せ先（書類提出先）

- 外ヶ浜町役場 総務課
福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金担当
- 〒030-1393 青森県東津軽郡外ヶ浜町字蟹田高銅屋44-2
- メール soumu@town.sotogahama.lg.jp
- TEL：0174-31-1111 ■FAX：0174-31-1215

主な補助対象経費

福祉・医療施設の新型コロナウイルス感染予防や拡大防止に要する経費（支払に要する振込手数料、消費税及び地方消費税に相当する額を除く）のうち、令和4年5月1日以降に補助金交付決定を受け、令和4年12月末までに購入し、代金を支払うもの。（【注意】補助決定を受ける前に発注・購入したものは、補助対象になりません。）

分野	対象品目
①消毒費用	手指や物品設備に使用する消毒液、除菌シート 消毒時に使用するタオル、ペーパーシート 消毒液スタンド 消毒液ディスペンサー など
②マスク費用	マスク ゴーグル フェイスシールド など
③飛沫対策費用	アクリル板 ビニールカーテン 透明ビニールシート パーテーション シート等を設置するための各種部品 など
④換気費用	換気扇 サーキュレーター 空気清浄機 除菌機能のあるエアコン など
⑤その他衛生管理費用	サーモカメラ 非接触式の体温計 ビニール手袋 殺菌作用のある石けん など
⑥その他	新型コロナウイルス感染症の予防・拡大防止に要する経費

補助対象経費になるかどうかなど、ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談ください。

令和4年度外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付要綱

施行 令和4年5月 1日
告示 令和4年4月28日
告示第4号 総務課

(趣旨)

第1条 新型コロナウイルスの感染予防及び拡大を防止する観点から外ヶ浜町内に所在する福祉医療施設等が新型コロナウイルス感染症対策として行う事業に対して、予算の範囲内で補助金を交付するものとし、その交付については外ヶ浜町補助金交付規則(平成17年3月28日外ヶ浜町規則第43号。)に定めるもののほか、この要綱の定めるところによる。

(補助の対象となる者)

第2条 補助金の交付の対象となる者(以下「補助事業者」という。)は、次の各号に掲げる施設を運営する法人等とする。

- (1) 介護老人福祉施設
- (2) 認知症高齢者グループホーム
- (3) 通所介護事業所
- (4) 障害者福祉施設
- (5) 認定こども園
- (6) 医療機関

(補助対象経費及び金額)

第3条 補助金の対象となる経費(以下「補助対象経費」という。)は、新型コロナウイルス感染症対策を実施するために必要な消耗品費、役務費、委託料、工事費、備品購入費、その他町長が認める経費とする。なお、支払に要する振込手数料、消費税及び地方消費税は、補助対象外経費とする。

- 2 補助金額は、前項に掲げる補助対象経費から外ヶ浜町以外の補助金等を差し引いた全額とし、前条に規定する施設を運営する1法人(個人含む)につき500,000円を上限とする。
- 3 前項に規定する額に10,000円未満の端数が生じたときは、その端数は切り捨てるものとする。

(補助金の交付申請)

第4条 補助金の交付を受けようとする補助事業者は次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

- (1) 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付申請書（様式第1号）
- (2) 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業計画書（様式第2号）
- (3) 事業計画等を説明する書類等

（補助金の交付の決定）

第5条 町長は、補助金の交付の申請があったときは、当該申請に係る書類等を審査し、補助金を交付すべきと認めたときは、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付決定通知書（様式第3号）により、補助事業者に通知するものとする。

（実績報告）

第6条 補助事業者は、当該補助事業が完了したときは、次に掲げる書類を添えて町長に提出しなければならない。

- (1) 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業実績報告書（様式第4号）
- (2) 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業実績書（様式第5号）
- (3) 補助対象経費の支出を証明する書類等

2 実績報告書は、事業が完了した日から30日以内、又は町長が示す期日までに提出しなければならない。

（補助金確定通知書）

第7条 町長は、前条による報告を受けた場合において、書類を審査し、事業の実績が補助金交付決定の内容に適合すると認めたときは、交付すべき補助金の額を確定し、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金確定通知書（様式第6号）により補助事業者に通知するものとする。

（概算払及び精算）

第8条 町長は、特に必要と認めるときは、第5条の規定による補助金交付決定をした後に、当該補助金の全部又は一部を交付（以下「概算払」という。）することができるものとする。

2 補助事業者は、概算払を受けようとするときは、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金請求書（概算払）（様式第7号）を町長に提出し、町長は、第5条の規定による補助金交付決定をした額の範囲内において概算払を行うことができるものとする。

3 補助事業者は、第7条の規定による補助確定額の通知を受けたときは、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金請求書（精算）（様式第8号）を町長に提出し、精算した補助金の交付を受けるものとする。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和4年5月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

外ヶ浜町長 様

〒

住 所

法 人 名

代表者氏名

※代表者印は不要です。

（担当連絡先）

氏名

職場メール

職場 FAX

職場 TEL

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付申請書

令和4年度において、別紙計画書のとおり実施しますので、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付要綱第4条の規定により、補助金を交付くださるよう申請します。

なお、申請内容の確認にあたり、町が保有する公簿等により事実確認することに同意し、申請内容に虚偽があった場合は、補助金の返還に応じます。

申請額 _____ 0,000円

様式第2号 計画書(D)欄

様式第2号（第4条関係）

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業計画書

法人名 _____

1 支出見込額

科目	説明（積算の基礎）	支出予定額	
消耗品費		円	
		円	
役務費		円	
		円	
委託料		円	
		円	
工事費		円	
		円	
備品購入費		円	
		円	
その他		円	
		円	
合計		円	(A)
合計（A）に係る町以外の補助金・助成金等		円	(B)
補助対象経費 ※（A）－（B）		円	(C)
補助金申請額 ※補助対象経費（C）の10,000円未満を切捨した金額以内		0,000円	(D)

注)

- 「説明（積算の基礎）」欄は、品名、数量、単価がわかるように記載してください。
品名が多い場合は、適宜、行を追加して、品名毎に記載してください。（任意様式可）
- 支出予定額及び単価には、消費税及び地方消費税を含まないでください。

2 添付書類

- 支出予定額がわかる見積書やカタログなどの写しを添付してください。

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

住 所
法 人 名
代表者氏名

外ヶ浜町長

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付決定通知書

年 月 日申請のあった令和4年度外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金については、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

記

- 1 補助金の交付の対象となる事業（以下「事業」という。）は外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業であり、その内容は、年 月 日申請書記載のとおりであること。
- 2 事業に要する経費及び補助金の額は次のとおりであること。ただし、事業の内容が変更された場合において、事業に要する経費又は補助金の額が変更されるときには、別に通知するところによるものとする。

事業に要する経費	円
収入額等	円
補助金の額	円
- 3 この補助金は、次に掲げる事項を条件として交付するものであること。
 - (1) この補助金は、外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業に要する経費として交付するもので、その交付の目的に反して使用してはならない。
 - (2) 事業変更などがある場合は、外ヶ浜町補助金交付規則第5条（補助金の交付の条件）の規定を厳守すること。
- 4 事業終了に係る実績報告書等の提出期限は、事業が完了した日から30日以内、又は令和年 月 日のいずれかの早い日までとする。
- 5 実績報告書提出の際は、品名、単価、数量がわかる領収書や写真の提出が必要になります。提出物に不備がある場合は、補助金の交付ができませんので、ご了承ください。
- 6 補助金の不正受給が認められた場合は、補助金交付後でも返還していただきます。

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

外ヶ浜町長 様

〒

住 所

法 人 名

代表者氏名

※代表者印は不要です。

（担当連絡先）

氏名

職場メール

職場 FAX

職場 TEL

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業実績報告書

令和4年度の補助金の交付を受けて実施する外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業が完了したので関係書類を添えて報告します。

様式第5号（第6条関係）

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業実績書

法人名 _____

1 支出額

科目	説明（積算の基礎）	支出額	
消耗品費		円	
		円	
役務費		円	
		円	
委託料		円	
		円	
工事費		円	
		円	
備品購入費		円	
		円	
その他		円	
		円	
合計		円	(A)
合計 (A) に係る町以外の補助金・助成金等		円	(B)
補助対象経費 ※ (A) - (B)		円	(C)
補助金額 ※補助対象経費 (C) の 10,000 円未満を切捨した金額以内		0,000円	(D)

注)

- 「説明（積算の基礎）」欄は、品名、数量、単価がわかるように記載してください。
品名が多い場合は、適宜、行を追加して、品名毎に記載してください。（任意様式可）
- 支出額及び単価には、消費税及び地方消費税を含まないでください。

2 添付書類

- ・支出額がわかる領収書の写し（品名、単価、数量がわかるもの）
- ・購入したことがわかる写真（品名、数量がわかる写真）

様式第6号（第7条関係）

第 号
年 月 日

住 所
法 人 名
代表者氏名

外ヶ浜町長

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金確定通知書

年 月 日付けで実績報告のあった外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業については、下記のとおり補助金の額を確定したので通知します。

記

単位：円

補助金交付決定額（当初）	補助金交付決定額（変更後） ※変更があった場合のみ記入	補助金確定額

様式第7号（第8条関係）

年 月 日

外ヶ浜町長 様

住 所

法 人 名

代表者氏名

⑩

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金請求書（概算払）

年 月 日付け外ヶ浜町指令第 号により交付額が決定した補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 内 訳

事業の名称 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業

補助金の額 ① 円

既受領額 ② 円

今回請求額 ③ 円

残額（①－②－③） 円

3 振込先口座（振込先は、請求者や事業所名義の口座に限ります。）

金融機関名		
本・支店名		
預金種別（いずれかに○をしてください。）		当 座 ・ 普 通 ・ そ の 他
口座番号		
口座名義	ヨミガナ	
	漢字等	

4 提出物

- ・本請求書
- ・通帳の写し

上記3振込先口座を確認するため、請求者（事業所）名義の預金通帳の表紙のほか、通帳表紙の裏などにあるカタカナでの名義・口座番号等が記載されている部分の写し。

様式第8号（第8条関係）

年 月 日

外ヶ浜町長 様

住 所

法 人 名

代表者氏名

⑩

外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業補助金請求書（精算）

年 月 日付け 第 号により交付額が確定した補助金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 円

2 内 訳

事業の名称 外ヶ浜町福祉医療施設等新型コロナウイルス感染予防対策事業

補助金の額 ① 円

既受領額 ② 円

今回請求額 ③ 円

残額 (①-②-③) 円

3 振込先口座（振込先は、請求者や事業所名義の口座に限ります。）

金融機関名		
本・支店名		
預金種別（いずれかに○をしてください。）		当 座 ・ 普 通 ・ そ の 他
口座番号		
口座名義	ヨミガナ	
	漢字等	

4 提出物

- ・本請求書
- ・通帳の写し

上記3振込先口座を確認するため、請求者（事業所）名義の預金通帳の表紙のほか、通帳表紙の裏などにあるカタカナでの名義・口座番号等が記載されている部分の写し。