越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領

令和４年７月２２日市長決裁

１　趣旨

　　現下の新型コロナウイルス感染症拡大、特にオミクロン株の亜種であるＢＡ.５の感染急拡大による高齢者施設等での集団感染を防止し、もって安心安全な高齢者施設等の運営に資するため、令和４年７月１５日付、厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「高齢者施設等の従事者等に対する検査の実施について」の要請事項に基づき、抗原定性検査キットによる頻回検査を実施した高齢者施設等に対して、予算の範囲内において検査キット購入に係る費用の補助金（以下「補助金」という。）を交付する。

　　上段の補助金の交付に関しては、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則（平成８年規則第３１号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領（以下「要領」という。）の定めるところによる。

２　交付対象要件

1. 対象となる高齢者施設等

　　　本市に所在地を有し、かつ事業運営をするものであって、次の①から④のいずれかに該当する高齢者施設等（以下「施設等」という。）を対象とする。

* 1. 介護保険法（平成９年法律第１２３号）に基づき、事業を行う基準を満たすものとして、本市又は埼玉県から指定を受けた介護保険施設及び事業所
	2. 老人福祉法（昭和３８年法律１３３号）に基づき、事業を行うものとして、本市又は埼玉県に届出を行った有料老人ホーム若しくは本市又は埼玉県から認可を受けた養護老人ホーム
	3. 社会福祉法（昭和２６年法律第４５号）に基づき、事業を行うものとして、本市又は埼玉県に届出を行った軽費老人ホーム
	4. 高齢者の居住の安定確保に関する法律（平成１３年法律第２６号）に基づき、事業を行うものとして、本市又は埼玉県で登録を行ったサービス付き高齢者向け住宅
1. 対象者

要領３で規定する申請の際に、現に施設等に勤務する従事者を対象とする（当該従事者の職種、雇用形態等は問わない）。また、重複して施設等に勤務する場合であっても対象とする。なお、申請後に新たに雇用した従事者の分に関しては、要領３－（５）に基づき変更申請を提出、かつ変更承認を受けた場合に対象とする。

1. 対象期間

令和４年８月６日（土）を第１週とし、同年１０月２８日（金）までの１２週までの間のうち、施設等で任意に設定した連続８週間。

1. 対象経費

要領３－（４）の前段に基づき、本市より交付決定を受けたのち、頻回検査のために使用した抗原定性検査キットに係る購入費。ただし、国で示すガイドライン等に従ったうえで購入、実施するものであり、一の週のうちの検査回数の上限は２回までとし、要領３－（４）後段に基づき、毎週本市に定期報告をしたものを対象経費とする。なお、抗原定性検査キットに関しては、本市より交付決定を受ける前に購入したもの、或いは令和４年８月３日前に購入したものであっても、要領２－（６）で規定する製品であり、かつ本要領に基づいて購入、実施するものであれば対象経費に含めるものとする。

1. 補助額

次の①と②を比較して、いずれか低い方の額

* 1. 抗原定性検査キット単価１，５００円（消費税抜き）×頻回検査のために使用した数（従事者数×８週×週２回を上限とする）
	2. 施設等で購入した抗原定性検査キット（消費税抜き）×頻回検査のために使用した数（従事者数×８週×週２回を上限とする）

なお、抗原定性検査キットを消費税込みの金額で購入し、領収書等に消費税抜きの金額表示がない場合は、消費税分を割り返した金額のうち、１円未満の金額を切り捨てた金額を抗原定性検査キット単価とする。

1. 対象抗原定性検査キット

令和２年４月１３日付、厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課、医療機器審査管理課事務連絡「新型コロナウイルス感染症の発生に伴う当面の医薬品、医療機器、対外診断用医薬品及び再生医療等製品の承認審査に関する取扱いについて」等に基づき、優先的な審査又は調査が行われたものに限る。

３　申請、審査及び交付決定等

1. 申請期間

令和４年８月３日（水）から令和４年９月２日（金）まで

1. 申請方法

　　　　補助金の交付は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付申請書（様式第１号）により、市長に対し施設等の法人からの申請をもって行うものとする。なお、一の介護保険施設又は事業所で複数のサービス事業を実施している場合（例：特別養護老人ホームにおいて、居宅介護支援、短期入所生活介護、通所事業所などを実施）は、一括して申請するものとする。

　　　　上段の申請にあたっては、規則第５条第２項第１号から第３号に掲げる事項に係る書類は、添付を要さない。また、規則第５条第２項第４号の市長が定める事項は、検査計画表（別紙１）とする。

1. 審査

市長は、法人から申請書及び検査計画表が提出されたときは、速やかにその審査を行う。その際、申請書又は検査計画表に不備等があると認められる場合は、法人に対して補正を求めることができる。なお、補正依頼を受けた法人は、申請期間内に市長に対し、補正した申請書又は検査計画表を提出するものとする。

1. 交付決定

市長は、審査の結果、補助金を交付すべきものと認めた場合は、規則第８条で規定する条件のほか、必要な条件を付したうえで交付額を決定し、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付決定通知書（様式第２号）を、補助金を交付すべきではないと認めた場合は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金不交付決定通知書（様式第３号）を、それぞれ法人に通知する。

上段の必要な条件とは、次の①と②とする

1. 法人は、検査計画表に基づき抗原定性検査キットによる頻回検査を実施するとともに、毎週月曜日までに前々週の土曜日から前週の金曜日までの間に実施した検査結果を、検査報告書（別紙２）により市長（介護保険課）へ報告しなければならない
2. 法人は、検査の実施及び市長（介護保険課）に必要な検査報告を行うにあたり、あらかじめ対象従事者から必要な同意を受けなければならない

※当該同意に関し、その証する書類を市へ提出する必要はないが、法人は市長より求めがあった場合は、速やかに提出又は閲覧等できるよう適切に管理しておかなければならない

1. 申請内容の変更

補助金の交付決定を受けた法人は、規則第５条の規定により申請した内容に変更が生じたときは、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付変更申請書（様式第４号）により、市長に申請しなければならない。

市長は上段による変更申請があったときは、その内容を審査し、当該変更申請が適当であると認める場合は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付変更承認通知書（様式第５号）を、適当でないと認める場合は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付変更不承認通知書（様式第６号）をそれぞれ法人に通知する。

４　報告、確定、補助金の交付等

1. 報告

規則第１５条第１項で規定する当該補助事業等が完了したときの報告は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実績報告書（様式第７号）及び従事者名簿（別紙３）により行うものとする。

1. 確定

規則第１６条第１項の規定による補助金の額の確定に係る通知は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付額確定通知書（様式第８号）により行うものとする。

1. 補助金の交付

市長は、規則第１６条第１項及び要領４－（２）の規定により額を確定した補助金を当該補助事業等が完了した後に交付するものとする。

法人は、上段の規定により補助金の交付を受けようとするときは、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金請求書（様式第９号）を市長に提出しなければならない。なお、請求者である法人と振込先の口座名義人とが相違する場合は、委任する側（法人）の代表者印を押印した委任状（任意書式）を提出するものとする。

1. 請求期限

要領４－（３）の交付に係る請求に関しては、令和４年１２月２８日（水）までに行わなければならない。

５　交付決定の取り消し等

1. 決定の取り消し

市長は、補助金の交付決定を受けた法人が、規則第１９条第１項第１号から第３号いずれかに該当すると認めるときは、補助金交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

1. 補助金の返還

市長は、要領５－（１）により補助金の交付の決定を取り消した場合において、当該取り消しに係る部分に関し、既に補助金が交付されているときは、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

６　その他

　　本要領に規定するもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

（様式第１号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付申請書

令和　　年　　月　　日

越谷市長　宛

申請者　住　　所

　　　　 法 人 名

　　　　 代表者名

　　　　 記入者名

　　　　 連 絡 先

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第５条及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（２）の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

　１　申請金額　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　申請金額の積算　　　　　単価　　　　×従事者　　　人×　週×　回

　３　対象施設（事業所）名

４　サービス種別

５　使用する抗原定性検査キット名

　６　添付書類　　　　　　　　　　　　検査計画表（別紙１）

（様式第２号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　越介保第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

越谷市長　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日付で申請のありました越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第９条及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（４）の規定により通知します。

記

　１　対象施設（事業所）名

　２　交付の金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

　３　交付の方法　　　　　　　完了払い

　４　交付決定に付した条件

1. 補助事業等に要する経費の配分又は補助事業等の内容の変更（市長が定める軽微な変更を除く。）をする場合においては、市長の承認を受けること。
2. 補助事業等を中止し、又は廃止する場合においては、市長の承認を受けること。
3. 補助事業等が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業等の遂行が困難となった場合においては、速やかに市長に報告してその指示を受けること。
4. 検査計画表に基づき抗原定性検査キットによる頻回検査を実施するとともに、毎週月曜日までに前々週の土曜日から前週の金曜日までの間に実施した検査結果を検査報告書（別紙２）により、市長（介護保険課）へ報告すること。
5. 検査の実施及び市長（介護保険課）に必要な検査報告を行うにあたり、あらかじめ対象従事者から必要な同意を受けなければならない（当該同意に関し、その証する書類の提出までは必要ないが、市長より求めがあった場合は、速やかに提出又は閲覧等できるよう適切に管理すること）。

（様式第３号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金不交付決定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　越介保第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

越谷市長　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日付で申請のありました越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金については、下記の理由により不交付と決定いたしましたので、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（４）の規定により通知します。

記

　１　不交付理由

（様式第４号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

変更申請書

令和　　年　　月　　日

越谷市長　宛

申請者　住　　所

　　　　 法 人 名

　　　　 代表者名

　　　　 記入者名

　　　　 連 絡 先

令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付決定の通知を受けた越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、補助事業の変更の承認を受けたいので、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（５）の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

　１　対象施設（事業所）名

　２　変更の理由

　３　変更の内容

　４　変更後の補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　※変更前の補助金交付決定額　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　５　添付書類　　　　　　　　　　変更後の検査計画表（別紙１）

（様式第５号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

変更承認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　越介保第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

越谷市長　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付決定の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、令和　　年　　月　　日付で申請のありました変更内容は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（５）の規定により下記のとおり承認しましたので通知します。

記

　１　対象施設（事業所）名

　２　変更の内容

　３　変更後の補助金交付申請額　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　　※変更前の補助金交付決定額　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　４　交付決定に付した条件

1. 補助事業等に要する経費の配分又は補助事業等の内容の変更（市長が定める軽微な変更を除く。）をする場合においては、市長の承認を受けること。
2. 補助事業等を中止し、又は廃止する場合においては、市長の承認を受けること。
3. 補助事業等が予定の期間内に完了しない場合又は補助事業等の遂行が困難となった場合においては、速やかに市長に報告してその指示を受けること。
4. 検査計画表に基づき抗原定性検査キットによる頻回検査を実施するとともに、毎週月曜日までに前々週の土曜日から前週の金曜日までの間に実施した検査結果を検査報告書（別紙２）により、市長（介護保険課）へ報告すること。
5. 検査の実施及び市長（介護保険課）に必要な検査報告を行うにあたり、あらかじめ対象従事者から必要な同意を受けなければならない（当該同意に関し、その証する書類の提出までは必要ないが、市長より求めがあった場合は、速やかに提出又は閲覧等できるよう適切に管理すること）。

（様式第６号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

変更不承認通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　越介保第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

越谷市長　　　　　　　　　　　印

　令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付決定の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、令和　　年　月　　日付で申請のありました変更内容は、越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領３－（５）の規定により下記のとおり不承認しましたので通知します。

記

　１　不承認理由

（様式第７号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付

実績報告書

令和　　年　　月　　日

越谷市長　宛

申請者　住　　所

　　　　 法 人 名

　　　　 代表者名

　　　　 記入者名

　　　　 連 絡 先

令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付決定の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、補助事業が完了しましたので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１５条第１項及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領４－（１）の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり報告します。

記

　１　対象施設（事業所）名

　２　精算金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

　３　精算金額の算定内訳

　４　添付書類　　　　　　　１）従事者名簿（別紙３）

２）使用した抗原定性検査キットの領収書の写し

※領収書の写しに抗原定性検査キットの名称及び単価が明記されていないときは、請求書、明細書又は納品書のいずれかに、抗原定性検査の名称及び単価が明記されている書類の写しも併せて添付すること

（様式第８号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付額

確定通知書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　越介保第　　　　　　号

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

越谷市長　　　　　　　　　　　印

令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付決定の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金については、令和　　年　　月　　日付で提出の越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実績報告書に基づき、下記のとおりその額を確定したので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１６条第１項及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領４－（２）の規定により通知します。

記

　１　補助金交付決定額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　補助金交付確定額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

（様式第９号）

越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金請求書

令和　　年　　月　　日

越谷市長　宛

申請者　住　　所

　　　　 法 人 名

　　　　 代表者名

　　　　 記入者名

　　　　 連 絡 先

令和　　年　　月　　日付、越介保第　　　　号で交付額が確定した越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金について、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第１８条第２項及び越谷市高齢者施設等の従事者等に対する抗原定性検査キット購入補助金交付実施要領４－（３）の規定により、下記のとおり請求します。

記

　１　請求金額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

　２　振 込 先　　　金融機関名

　　　　　　　　　　店舗名　　　　　　　　　　　　　　　　　　本店・支店

　　　　　　　　　　口座種目　　　　　　普通　・当座

　　　　　　　　　　口座番号

　　　　　　　　　　フ　リ　ガ　ナ

　　　　　　　　　　口座名義人

　３　そ の 他　　　申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、委任者（申請者）の代表者印を押印した委任状（任意書式）が必要となります。