

札幌市新型コロナウイルス感染症検査 補助の概要及び申請の流れについて

令和3年5月

札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課
(事業指導担当) (TEL011-211-2972)

目 次

補助の内容.....	P1
補助対象検査フロー.....	P3
補助申請の流れ.....	P4
記載注意事項.....	P6

当該補助の内容

1 補助の目的

市内高齢者施設において施設が必要と判断した職員や入所者に対して新型コロナウイルス感染症に関する検査を迅速に実施することにより、入所者の生活の安心を確保するとともに、職員が安心して働ける環境を整えることを目的として、職員及び入所者に新型コロナウイルス感染症に関する検査を行った際の費用を、予算の範囲内で札幌市高齢者施設新型コロナウイルス感染症検査補助金交付要綱（以下「要綱」とする）に基づき補助します。

2 補助対象施設

市内に所在する以下の施設を対象としています。

介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、生活支援ハウス

3 補助対象経費

施設が必要と判断した入所者及び職員等に対して行った新型コロナウイルス感染症に関する検査（PCR 検査、抗原検査）に係る経費。

- ・・・具体的な新型コロナウイルス感染症に関する検査（PCR 検査、抗原検査）に係る経費とは？

→新型コロナウイルスへの感染を確認するための PCR 検査や抗原検査の実施にかかる経費のことで、具体的には検査代、検査キット代、検体を運ぶ際の郵送費などが対象となります。疑義がある場合は、お問い合わせ願います。

4 補助金額

定員	補助上限額
30人以下	60千円
31人以上60人以下	120千円
61人以上90人以下	180千円
91人以上120以下	240千円
121人以上	300千円

※ 実際の検査に係る経費が補助上限額を超えた場合は、補助上限額まで補助金を支給いたします。

5 補助対象期間

令和3年4月1日～令和4年3月31日までに実施した新型コロナウイルス感染症に係る検査

※検査に係る経費の支払いが令和4年3月31日までに終了している必要がありますのでご注意ください。

6 よくある問い合わせについて

ホームページの以下リンク先からご確認ください。

http://www.city.sapporo.jp/kaigo/k200jigyo/shingata_corona.html

補助対象検査について

症状なし

症状あり

かかりつけ医や保健所の一般電話相談窓口：632-4567、帰国者・接触者相談センター：#7119 または 272-7119 に相談してください。

保健所に連絡する際は以下を必ずお伝えください。

- ①施設名・施設種別
- ②職員か入居者か
- ③具体的な症状について詳しく。

行政検査 否

行政検査 要

行政検査のため、補助対象外です。

感染の可能性があるものと接触したなど、施設が検査を必要と判断し検査を検討。

平時の感染対策に加え、あらかじめ陽性者が発生した場合に備え、施設における連絡体制や役割分担、人員体制の確保、入所者の隔離・介護・搬送方法など必要と思われる事項を検討してください。

自主検査希望

高齢者施設の負担により検査実施。
検査を実施した場合は補助対象。
申請の流れは P4 へ。

自主検査の場合は実施前に当課への連絡は不要です。行政検査の場合は引き続き当課にもご連絡をお願いします。

陽性の場合

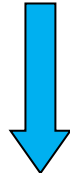
直ちに保健所の一般電話相談窓口（632-4567）に連絡し指示を仰ぐとともに、介護保険課（事業指導）(211-2972)への報告をお願いします。

補助申請の流れ

高齢者施設の負担により検査実施。

※原則精算払いですが、概算払いが必要な場合は、ご相談ください。

補助を申請する場合



自主検査の場合は実施前に当課への連絡は不要です。行政検査の場合は引き続き当課にもご連絡をお願いします。

■要綱、当該マニュアル、よくある問い合わせを確認のうえ、補助対象となるものについて検査実施、検査費用支払後、提出期限までに以下の書類を介護保険課（事業指導担当課）に提出してください。

①様式7（交付申請兼実績報告書）（要綱第9条規定）

②別紙1～3

※記載例についてはP6以降に記載

③検査費用額等及び支払日が確認できる書類（領収書等（写し可））

※原則精算払いですが、概算払いの場合は様式1（要綱第5条）に基づく事前の申請が必要となりますので、別途ご相談ください。ホームページに様式は掲載しておりません。

《提出方法》

①：郵送のみ ②～③：郵送 or データ送付

《提出先》

【郵送の場合】・・・

◎宛先：〒060-8611 中央区北1条西2丁目 札幌市介護保険課（事業指導担当）
PCR検査補助金申請書類 在中と記載願います。

【データの場合】・・・

◎メールアドレス：jigyo.shido@city.sapporo.jp

宛先に「PCR検査補助金申請」本文に法人名、事業所名、サービス種別、ご担当者名を記載願います。

《提出期限》

補助上限額に達した場合は、随時申請をお願いします。

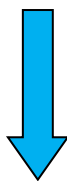
その他は令和4年3月31日（木）必着まで

※年度末に申請が集中いたしますので、上記の期限に限らず、提出可能な場合は速やかな申請にご協力をお願いします。

※申請単位につきましては、事業所毎、法人一括申請どちらでも構いません。

次ページに続く

介護保険課へ提出



【補助決定】

内容に不備がなければ決定通知書を送付いたします。

【補助金支給】

原則、決定通知送付後 30 日以内に様式 7 に記載の振り込み先に補助金を支給します。

※補助金の支給日は指定できませんので、決定通知受理後 30 日以内を目途に口座をご確認ください。万が一振り込みの確認ができない場合は、当課までご連絡ください。

注意事項

年 月 日

(あて先) 札幌市長

法人④が必要なため、郵送のみの提出ですのでご注意ください。

法人所在地
法人名
法人代表者

印

年度札幌市新型コロナウイルス感染症検査補助金交付申請兼事業実績報告書

このことについて、次のとおり事業を実施したので、札幌市新型コロナウイルス感染症検査補助金交付要綱第9条の規定により関係書類を添えて申請及び報告します。

- | | | | |
|---|----------|-----------|---------------------|
| 1 | 精算総括表 | 別紙(1)のとおり | (様式第3号の別紙(1)の様式を準用) |
| 2 | 精算額一覧 | 別紙(2)のとおり | (様式第3号の別紙(2)の様式を準用) |
| 3 | 個票(施設ごと) | 別紙(3)のとおり | (様式第3号の別紙(3)の様式を準用) |

(関係書類)

- ア 経費が確認できる領収書の写しなど
- イ その他経費の参考となる書類

領収書等のみでは検査費用代であることが分からない場合は、検査費用であることが確認出来る書類の提出もあわせてお願いします。

- 4 上記のとおり請求します。

郵便番号
住 所

氏 名
フリガナ

口座名義の記載をお願いします。
なお、債権者と口座名義が異なる場合は、事前にご相談ください。

下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関 (金融機関名称)	預金種目	口座番号
	1 普通	

注意事項

札幌市新型コロナウイルス感染症検査補助金総括表

申請者	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号	-)	
	連絡先	電話番号		E-mail	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
申請に関する担当者	職名		氏名		
申請内容	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 申請内容について、確認する場合がございますので、記入漏れのないようお願いいたします。 </div>				
		施設数	補助額		
施設数 (定員数別)	定員30人以下	か所		千円	
	定員31人以上60人以下	か所		千円	
	定員61人以上90人以下	か所		千円	
	定員91人以上120人以下	か所		千円	
	定員121人以上	か所		千円	
合 計		0 か所	0	千円	

申請については、事業所毎、法人で一括のどちらでも構いません。

注意事項

(単位:千円)

No.	施設名	施設種別	定員数	補助上限額	所要額(b)	補助金額	備考
1							
2	プルダウンから事業所種別を選択してください。						
3				プルダウンから補助上限額を選択してください。			
4							
5							
6							
7							
8							
10							
合計							

(再掲) 補助上限額

定員	補助上限額
30人以下	60千円
31人以上60人以下	120千円
61人以上90人以下	180千円
91人以上120以下	240千円
121人以上	300千円

施設別毎個票				別紙(3)	
注意事項					
フリガナ				介護保険事業所番号	
施設の名称					
施設種別				定員	人
施設の所在地		(郵便番号 -)			
連絡先		電話番号		E-mail	
管理者の氏名					
記載例					
検査実施日	検査人数		費目	所要額(円)	用途等
1月7日	施設職員	1	検査費用	〇〇〇	〇〇病院で実施した検査費用
	入所者		搬送費	〇〇〇	検体を搬送に伴う郵送費用
1月9日	施設職員	1			
	入所者		検査費用	〇〇〇	〇〇病院で実施した検査費用
	施設職員				記載例はあくまで例示ですので、費目・用途等の記載方法について、決まりはございません。実施した内容が分かるように記載していただくようお願いいたします。
	入所者				
	施設職員				法人一括で申請する場合は、個票をコピーしてそれぞれ作成をお願いいたします。
	入所者				
	施設職員				
	入所者				
		2		0	