

大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 訪問介護サービスの提供における地域格差を解消することを目的とし、条件不利地域への訪問介護サービスを実施する指定訪問介護事業所を支援するため、大田市訪問介護サービス確保対策補助金(以下「補助金」という。)を予算の範囲内で交付することとし、その交付については、大田市補助金等交付規則(平成17年大田市規則第45号)に定めるもののほか、この交付要綱の定めるところによる。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1)訪問介護サービス 介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第8条第2項に規定する訪問介護並びに大田市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱(平成29年大田市告示第9号)別表第1に規定する介護予防訪問介護相当サービス及び訪問型サービスAをいう。
- (2)指定訪問介護事業所 訪問介護サービスを提供する事業所をいう。
- (3)条件不利地域 指定訪問介護事業所からの距離や道路事情等の要因により、訪問介護が十分に行き届いていない区域として市長が別に定めた地域をいう。

(補助金の額)

第3条 この補助金の交付額は、大田市内及び大田市外の指定訪問介護事業所が条件不利地域内で訪問介護サービスを提供した場合、その事業所に対し、1件につき400円とする。

(交付の申請)

第4条 補助金の交付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付申請書(様式第1号)に、大田市条件不利地域訪問介護提供実績報告書(様式第2号)及び大田市条件不利地域訪問介護提供実施状況報告書(様式第3号)を添付して、別に定める期日までに、市長に提出しなければならない。

(実施状況の報告)

第5条 市長は、必要があると認めるときは、申請者に対し、補助事業の実施状況の報告を求め、又は必要な調査を行うことができる。

(交付決定等)

第6条 市長は、第4条の補助金交付申請があったときは、その内容を審査し、補助金交付の可否を決定するとともに交付額を確定し、大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付決定・確定通知書(様式第4号)により申請者に通知するものとする。

(補助金の請求)

第7条 前条の決定を受けた者は、補助金の交付を受けようとするときは、大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付請求書(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

(補助金の交付)

第8条 市長は、補助金交付請求があったときは、書類審査の上、申請者が指定する金融機関の口座に振り込む方法により補助金を交付するものとする。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この補助金の交付に関して必要な事項は市長が別に定める。

附 則

- 1 この告示は、平成30年6月1日から施行する。
- 2 この告示は、平成33年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに交付の決定がなされた補助金については、同日後もなおその効力を有する。

附 則

この告示は、平成31年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

年度 大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付申請書

年 月 日

大田市長 様

申請者

所在地 名称 代表者氏名		印
事業所名		
介護保険事業所番号		

このことについて、下記により補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1. 申請額 金 円

条件不利地域訪問件数年間実績	補助対象単価	計
件	円	円

2. 事業所の職員体制（申請書提出時）

	氏名	資格	常勤	非常勤
管理者			名	名
サービス提供責任者			名	名
事務職員			名	名
従事者	介護福祉士		名	名
	介護職員実務者研修修了者		名	名
	介護職員初任者研修修了者		名	名
	訪問介護員養成研修1～2級課程修了者		名	名
計			名	名

様式第2号（第4条関係）

年度 大田市条件不利地域訪問介護提供実績報告書

事業所名	
------	--

条件不利地域に以下のとおり訪問しましたので、その実績を報告します。

記

(単位：件)

	条件不利 地域名	条件不利 地域名	条件不利 地域名	条件不利 地域名	条件不利 地域名
4 月					
5 月					
6 月					
7 月					
8 月					
9 月					
10月					
11月					
12月					
1 月					
2 月					
3 月					
合 計					

総 計	件
-----	---

様式第3号(第4条関係)

大田市条件不利地域訪問介護提供実施状況報告書

(年 月 実施分)

事業所名	
------	--

	被保険者 番号	住所	氏名	性別	訪問 件数 (件)	訪問件数に 円 を乗じた額
1						円
2						円
3						円
4						円
5						円
6						円
7						円
8						円
9						円
10						円
計						円

様式第4号（第6条関係）

大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付決定・確定通知書

年 月 日

補助事業者 所在地
名称
代表者氏名 様

大田市長 印

年 月 日付けで実績報告のありました補助事業について、次のとおり交付決定し、補助金の額を確定したので、大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

補助金交付 決定年月日	年 月 日	補助金交付 決定指令番号	指令 第 号
補助年度	年度	補助金 の名称	大田市訪問介護サービス確保対策補助金
補助金の交付決定通知額			円
補助金の交付確定額			円

様式第5号（第7条関係）

大田市訪問介護サービス確保対策補助金交付請求書

年 月 日

大田市長 様

補助事業者 所在地
名称
代表者氏名 印

大田市訪問介護サービス確保対策補助金を、次のとおり請求します。

補助金交付 決定年月日	年 月 日	補助金交付 決定指令番号	指令 第 号
補助年度	年度	補助金 の名称	大田市訪問介護サービス確保対策補助金
補助金の交付決定通知額		円	
補助金の交付確定額		円	
補助金の交付請求額		円	
口座振込先	口座名義人	フリガナ	
	金融機関名	口座 種別	普通・当座
	支店名		
	口座番号		