

新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、新型コロナウイルス感染症への感染リスクが高い高齢者が利用する介護保険施設に勤務する職員の感染不安を解消するにあたり、介護保険施設を運営する法人が、職員に対して新型コロナウイルス感染症病原体検査（以下「検査」という。）を行うことについて、検査に要した費用に対し、市が予算の範囲内で補助金を交付することについて、新潟市補助金等交付規則（平成16年新潟市規則第19号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱について、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 介護保険施設等 新潟市に住所を有し、次に掲げる施設をいう。

- ア 介護老人福祉施設
- イ 介護老人保健施設
- ウ 介護医療院
- エ 介護療養型医療施設
- オ 認知症対応型共同生活介護事業所
- カ 養護老人ホーム
- キ 軽費老人ホーム
- ク サービス付き高齢者向け住宅
- ケ 有料老人ホーム
- コ 短期入所生活介護事業所
- サ 短期入所療養介護事業所

(2) 職員 検査を実施した時点において、介護保険施設等に勤務している者等をいう。

(補助事業者)

第3条 この補助金の交付の対象となる者（以下「補助対象者」という。）は、介護保険施設等を運営する法人とする。

(補助事業)

第4条 この補助金の交付の対象となる事業（以下「補助事業」という。）は、別表1に定める事由により、補助事業者が職員に対して検査を行うことについて、補助事業者又は職員が検査に要した費用を支払うこととする。

2 補助事業の実施により、検査結果が陽性となった場合は、速やかに市長に報告することとする。

(補助対象検査)

第5条 この補助金の交付の対象となる検査（以下「補助対象検査」という。）は、次に掲げるものとする。ただし、医師が患者の診療のために必要と認める場合に実施され、健康保険が適用される検査、抗体検査及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）に基づき実施される検査は対象としない。

- (1) PCR検査
- (2) 抗原検査

(補助対象受検者)

第6条 補助対象検査の対象となる受検者（以下「補助対象受検者」という。）は、職員のうち補助対象検査を受検した者で、補助事業者又は職員において検査に要した費用を支払った者とする。

(補助対象経費)

第7条 この補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、補助事業者又は職員が補助事業を実施した際に支払った費用をいう。

(補助金額)

第8条 補助金の額は、補助対象受検者1人ごとに補助対象経費の2分の1以内の額とし、1人あたりの補助限度額は次に掲げるものとする。

- (1) 第5条第1項第1号の検査については、1人あたり1万円を限度とする。
- (2) 第5条第1項第2号の検査については、1人あたり3,750円を限度とする。

(補助回数)

第9条 補助金の交付は、補助対象受検者1人ごとに2回とする。ただし、市長が必要と認める場合は、この限りでない。

(交付の申請及び実績報告)

第10条 補助金の交付を受けようとする者は、市長が別に定める日までに、補助金交付申請書兼実績報告書（別記様式第1号）に関係書類を添えて、市長に提出するものとする。

2 前項による申請及び報告を行うに当たり、補助対象経費に含まれる消費税及び地方消費税相当額のうち、消費税法（昭和63年法律第108号）の規定により仕入れに係る消費税額として控除できる部分の金額及び当該金額に地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による地方消費税の税率に乗じて得た金額の合計額に補助率を乗じて得た金額（以下「消費税仕入控除税額」という。）を、交付申請額から減じて交付申請をしなければならない。ただし、当該申請及び実績報告をする時において消費税仕入控除税額が明らかでないものについては、この限りでない。この場合において、当該消費税仕入控除税額の確定後、速やかに、消費税及び地

方消費税に係る仕入控除税額報告書（別記様式第2号）により、市長に報告しなければならない。

（交付の決定及び額の確定）

第11条 市長は、前条による申請及び報告の提出があったときは、当該申請及び報告に係る書類を審査し、補助金の交付又は不交付を決定した旨、及び交付を決定したときは交付すべき補助金の額を確定した旨を補助金交付決定及び額の確定通知書（別記様式第3号）により補助事業者に通知するものとする。

2 市長は、前条第2項の規定による報告書の提出があった場合は、これを審査し、消費税仕入控除額に係る部分に関し、既に補助金の交付が決定し、及び交付すべき補助金の額が確定されているときは、補助事業者に対し、補助金返還命令書（別記様式第4号）により期限を定めてその返還を命ずるものとする。

（補助金の交付）

第12条 この補助金は、精算払とする。

（関係書類の整備及び保存）

第13条 補助事業者は、補助対象経費の収支を明らかにした書類及び帳簿を備え、当該補助事業の完了した日の属する会計年度の終了後5年間保存しておかなければならない。

（その他）

第14条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

（適用期間）

2 この要綱の適用期間は、令和4年3月31日までとする。

別表 1 (第 4 条関係)

| | |
|--|-----------------------------|
| 新型コロナウイルス感染症の感染者又は濃厚接触者ではなく、症状がないが、過去 2 週間以内に、次の①から④に掲げるいずれかの対象条件により、検査を実施したこと | |
| 対象条件 | ①職員本人に、県外往来歴がある |
| | ②職員本人に、県外在住者との接触歴がある |
| | ③職員本人に、濃厚接触者との接触歴がある |
| | ④職員本人に、感染の疑いのある者と接触した可能性がある |

年 月 日

（宛先）
新潟市長

補助事業者
住所（法人にあつては所在地）
氏名（法人にあつては名称及び代表者）

補助金交付申請書兼実績報告書

新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助金交付要綱第10条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

記

1 補助事業名 新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助事業

2 介護保険施設

3 交付申請額 金 _____ 円

4 振込口座

| | | | |
|-----------|--|------|--|
| 金融機関名 | | 支店名 | |
| 金融機関コード | | 支店番号 | |
| 口座種別 | | 口座番号 | |
| 口座名義人（漢字） | | | |
| 口座名義人（カナ） | | | |

5 添付書類

- (1) 受検者一覧表
- (2) 領収書等

別記様式第2号（要綱第10条関係）

年 月 日

（宛先）
新潟市長

補助事業者
住所（法人にあつては所在地）
氏名（法人にあつては名称及び代表者）

消費税及び地方消費税に係る仕入控除税額報告書

年 月 日付 第 号で確定通知のあつた新潟市介護施設に勤務する職員に対する検査費用補助金に係る仕入控除税額については、次のとおり報告します。

記

- 1 補助事業名 新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助事業
- 2 介護保険施設名
- 3 確定額 金 _____ 円
- 4 消費税仕入控除税額 金 _____ 円

別記様式第3号（要綱第11条関係）

年 月 日

法人名

代表者名 様

新潟市長

補助金交付決定及び額の確定通知書

年 月 日付で交付申請及び実績報告のあった新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助金について、次のとおり確定したので通知します。

記

- 1 補助事業名 新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助事業
- 2 介護保険施設名
- 3 交付決定額 金 _____ 円
- 4 確定額 金 _____ 円

別記様式第4号（要綱第11条関係）

年 月 日

法人名

代表者名 様

新潟市長

補助金返還命令書

年 月 日付で交付決定及び金額の確定した新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助金について、次のとおり返還を命じます。

記

- 1 補助事業名 新潟市介護保険施設に勤務する職員に対する検査費用補助事業
- 2 介護保険施設名
- 3 返還額 金 _____ 円
- 4 返還期限
- 5 返還理由

受検者一覧表

| | | | | |
|--------|-------------|--|--------|--|
| 法人名 | | | | |
| 所在地 | (〒000-0000) | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | E-mail | |
| 代表者職氏名 | 職名 | | 氏名 | |
| 担当者職氏名 | 職名 | | 氏名 | |

1.受検実績

| No. | 事業所番号 | 施設名 | 施設種類 | 受検者氏名 | 受検回数 | 検査日 | 検査種別 | 検査費用 | 検査費用の1/2額(A) | 補助上限額(B) | 補助申請額 |
|-----|--------------|-----|-------------|-------|-------------------|-----|----------------|------|--------------|----------|-------|
| | 番号のある事業所のみ入力 | | 下段の該当番号から選択 | | 今回申請で何回目か(いずれか選択) | | PCR・抗原(いずれか選択) | | (小数点以下切り捨て) | | |
| 1 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 2 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 3 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 4 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 5 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 6 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 7 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 8 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 9 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 10 | | | | | | | | | 0 | 3,750 | 0 |
| 計 | | | | — | | — | — | 0 | — | — | 0 |

施設番号

1.介護老人福祉施設 2.介護老人保健施設 3.介護医療院 4.介護療養型医療施設 5.認知症対応型共同生活介護事業所 6.養護老人ホーム 7.軽費老人ホーム
8.サービス付き高齢者向け住宅9短期入所生活介護事業所 10.短期入所療養介護事業所

2.検査結果

| | | | | |
|----------------|---|-----|-----|---|
| 受検者数合計 (延べ) | 人 | 内 訳 | 陽性者 | 人 |
| | | | 陰性者 | 人 |

3.陽性者への対応

| |
|--|
| |
|--|