

豊中市介護保険・障害福祉サービス等利用者に係る新型コロナウイルスワクチン接種支援協 力金支給要綱

(目的)

第1条 この要綱は、市内に住民登録のある介護保険サービス、障害福祉サービス等（第3条各号に掲げる事業所又は施設において実施する事業。以下「サービス」という。）の利用者の新型コロナウイルスワクチンの接種（以下「ワクチン接種」という。）の促進を図るため、当該利用者の接種に係る予約支援又はワクチン接種を行う医療機関、接種会場等（以下「接種場所」という。）への同行支援を行った市内のサービスを提供する事業所又は施設（以下「事業所等」という。）に対する協力金（以下「協力金」という。）の支給に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(協力金支給内容)

第2条 協力金は、市内に住民登録のあるサービスの利用者（第3条第1号に掲げる事業所等の利用者については要介護1以上の者に限る。以下同じ。）に対して、令和4年4月1日から令和5年3月31日までの間に次の各号のいずれかの支援を行った市内の事業所等へ支給する。

(1) 予約支援 サービスの利用者が自らワクチン接種の予約登録をすることができず、当該利用者の家族等の支援も困難である場合に事業所等が行った利用者に対する予約登録の代行の支援。ただし、次号ウの事業所等の敷地内で接種する場合の予約支援は除くものとする。

(2) 同行支援 サービスの利用者に対する接種場所への同行の支援。ただし、次に掲げるいずれかに該当する場合は除くものとする。

ア 同行支援について、サービスの報酬算定がされる場合

イ 同行支援について、サービス外として別途利用者との契約により有償で行われる場合

ウ 事業所等の敷地内でワクチン接種を行った場合

2 協力金の支給額は、前各号に掲げる支援1件当たり、予約支援にあつては1,000円、同行支援にあつては2,000円とし、予算の範囲内で支給するものとする。

(支給対象事業所等)

第3条 前条に規定する協力金は、市内に存する次の各号に掲げる事業所等を対象とする。

(1) 介護保険法（平成9年法律第123号）に規定する訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、福祉用具貸与、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービス（介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）第17条の12に規定する看護小規模多機能型居宅介護に限る。）又は居宅介護支援を行う事業所若しくは介護老人福祉施設又は介護老人保健施設若しくは老人福祉法（昭和38年法律第133号）に規定する養護老人ホーム、軽費老人ホーム又は有料老人ホーム若しくは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）第5条第1項により登録を受けたサービス付き高齢者向け住宅（老人福祉法第29条第1項に規定する有料老人ホームを除く。以下同じ。）

(2) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、自立生活援助、共同生活援助、特定相談支援事業又は移動支援事業を行う事業所若しくは同法に規定する障害者支援施設

(申込者)

第4条 この協力金の支給の申込みをすることができる者（以下「申込者」という。）は、第2条第1項

各号のいずれかの支援を行った前条各号に規定する事業所等の管理者とする。

(協力金の支給の申込等)

第5条 申込者は、第2条第1項各号のいずれかの支援を行った後、豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金(予約支援・同行支援)支給申込書(様式第1-1号。以下「申込書」という。)及び豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金(予約支援・同行支援)請求書(様式第2号)を市長に提出しなければならない。

2 申込書には、予約支援(第2条第1項第1号の予約支援をいう。以下同じ。)に係る申込みにあつては新型コロナウイルスワクチン接種支援確認申告書(様式第1-2号)を、同行支援(同項第2号の同行支援をいう。以下同じ。)に係る申込みにあつては同様式及び新型コロナウイルスワクチン予防接種済証の写しを添付しなければならない。

(協力金の支給の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申込を受理した場合は、当該申込に係る書類等によりその内容を審査し、協力金を支給すべきものと認めるときは、協力金の支給の決定及び額の確定をし、当該額を30日以内に支給するものとする。

2 市長は、協力金の支給の決定及び額の確定をしたときは、豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金(予約支援・同行支援)支給決定兼確定通知書(様式第3号)により、また、協力金の不支給の決定をしたときは、豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金(予約支援・同行支援)不支給決定通知書(様式第4号)を申込者に通知するものとする。

(決定の取消)

第7条 市長は、当該協力金の支給の決定を受けた者が、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、協力金の支給の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 協力金の支給の決定の内容又はこれに付した条件に違反したとき。
- (2) 偽りその他不正な方法により協力金の支給を受けたとき。
- (3) その他市長が協力金を取り消す必要があると認めるとき。

(協力金の返還)

第8条 市長は、前条の規定により協力金の支給の決定の全部又は一部を取り消した場合において、その支給を受けた額に相当する金額の全部又は一部の返還を命ずるものとする。

(この要綱に定めがない事項)

第9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

この要綱は、令和3年6月2日から実施する。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年1月1日から実施する。
- 2 この要綱実施の際、現に保有する改正前の要綱に定める様式第1-2号は、当分の間使用することができる。この場合において、3回目のワクチン接種に当たっては、様式第1-2号中「1回目」とあるのは「3回目」と読替えるものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年4月1日から実施する。
- 2 この要綱実施の際、改正前の要綱第5条の規定により第2条第1項で定める期間前の支援について協力金の支給の申込があった場合は、第6条第1項の規定により協力金を支給することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和4年8月1日から実施する。

2 この要綱実施の際、現に保有する改正前の要綱に定める様式第1－2号は、当分の間使用することができる。この場合において、4回目のワクチン接種に当たっては、様式第1－2号中「1回目」とあるのは「4回目」と読替えるものとする。

様式第1-1号

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）支給申込書

年 月 日

豊中市長 様

申込者	事業所等名称	
	事業等種別	※事業所等で実施（指定又は登録を受けている）の事業等種別を下記の表から選択し、番号を記入してください。
	事業所等所在地	〒
	フリガナ	
	管理者氏名（自筆）	申込者本人が自署しない場合は、記名押印してください。
	電話番号	

<事業等種別（介護保険サービス等）>

① 訪問介護	② 訪問入浴介護	③ 訪問看護	④ 訪問リハビリテーション	⑤ 通所介護
⑥ 通所リハビリテーション	⑦ 短期入所生活介護	⑧ 短期入所療養介護	⑨ 福祉用具貸与	⑩ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
⑪ 夜間対応型訪問介護	⑫ 地域密着型通所介護	⑬ 認知症対応型通所介護	⑭ 小規模多機能型居宅介護	⑮ 認知症対応型共同生活介護
⑯ 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	⑰ 看護小規模多機能型居宅介護	⑱ 居宅介護支援	⑲ 介護老人福祉施設	⑳ 介護老人保健施設
㉑ 養護老人ホーム	㉒ 軽費老人ホーム	㉓ 有料老人ホーム	㉔ サービス付き高齢者向け住宅	

<事業等種別（障害福祉サービス等）>

㉕ 居宅介護	㉖ 重度訪問介護	㉗ 同行援護	㉘ 行動援護	㉙ 生活介護
㉚ 自立訓練	㉛ 就労移行支援	㉜ 就労継続支援	㉝ 自立生活援助	㉞ 共同生活援助
㉟ 特定相談支援事業	㊱ 移動支援事業	㊲ 障害者支援施設		

豊中市介護保険・障害福祉サービス等利用者に係る新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金支給要綱（以下「要綱」という。）第2条第1項第1号又は第2号に掲げる支援を行いましたので、下記のとおり関係書類を添えて協力金の支給を申込みします。

※予約支援実施日：ワクチン接種の予約支援を行った場合にその年月日を記入してください。

※同行支援実施日：ワクチン接種の同行支援を行った場合にその年月日を記入してください。

※ワクチン接種場所：ワクチン接種に係る医療機関、接種会場等の名称を記入してください。

※利用者名：支援を行ったサービスの利用者（契約者）名を記入してください。

※被保険者番号又は受給者番号：介護保険被保険者証の被保険者番号若しくは障害福祉サービス受給者証又は地域生活支援事業受給者証の受給者番号を記入してください。

	予約支援実施日	同行支援実施日	ワクチン接種場所	利用者名	被保険者番号又は受給者番号
1	年 月 日	年 月 日 年 月 日			
2	年 月 日	年 月 日 年 月 日			

3	年 月 日	年 月 日			
4	年 月 日	年 月 日			
5	年 月 日	年 月 日			
6	年 月 日	年 月 日			
7	年 月 日	年 月 日			
8	年 月 日	年 月 日			
9	年 月 日	年 月 日			
10	年 月 日	年 月 日			
11	年 月 日	年 月 日			
12	年 月 日	年 月 日			
13	年 月 日	年 月 日			
14	年 月 日	年 月 日			
15	年 月 日	年 月 日			

<協力金>

○予約支援：1件当たり1,000円

件数	件	申込額	円
----	---	-----	---

○同行支援：1件当たり2,000円

件数	件	申込額	円
----	---	-----	---

<申込者確認事項>

ワクチン接種に係る支援について、要綱第2条第1項ただし書及び同項第2号ただし書アからウまでの協力金支給対象外に当たらない場合は、下記の各項目の□にチェック（✓）をつけてください。

同行支援について、サービスの報酬算定がされる場合には当たりません。

同行支援について、サービス外として別途利用者との契約により有償で行われる場合には当たりません。

予約支援・同行支援について、事業所等の敷地内でワクチン接種を行うことができる場合には当たりません。

新型コロナウイルスワクチン接種支援確認申告書

○私は、新型コロナウイルスワクチン接種の予約について、
利用（契約）しているサービス等を提供する事業所等の支援
を受けたことを申告します。（予約支援）

支援を受け、予約した年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

予約した接種年月日：（ _____ 回目） _____ 年 _____ 月 _____ 日

（ _____ 回目） _____ 年 _____ 月 _____ 日

予約した接種場所：（ _____ 回目） _____

（ _____ 回目） _____

※1回目及び2回目の場合は2つの欄を用いてそれぞれ回・年・月・日を記入すること

○私は、新型コロナウイルスワクチン接種について、接種済証
の写しを添えて、利用（契約）しているサービス等を提供す
る事業所等から契約しているサービス外で同行支援を受け
たことを申告します。（同行支援）

支援を受け、ワクチン接種した年月日

_____回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日

_____回目： _____ 年 _____ 月 _____ 日

※1回目及び2回目の場合は2つの欄を用いてそれぞれ回・年・月・日を記入すること

_____ 年 _____ 月 _____ 日

_____ (氏名)

_____ (代筆者氏名)

_____ (続柄等)

※自署でない場合は、記名押印してください。

様式第 2 号

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）請求書

年 月 日

豊中市長 様

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）について、下記のとおり請求いたします。

請求者	事業所等 所在地	〒
	事業所等 名称	
	フリガナ	
	管理者 氏名 (自筆)	

(注) 氏名は豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）支給申込書（様式第1-1号）の申込者（事業所等の管理者）氏名のとおり記載してください。又、氏名は請求者本人が自署しない場合は、記名押印してください。

1. 請求金額

							円
--	--	--	--	--	--	--	---

2. 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合						本店 支店 出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号						右詰めで記入してください
フリガナ								
口座名義人								

※振込先は、上記の請求者名義の口座にしてください。ただし、請求者と口座名義人が異なる場合は、以下の欄にご記入ください。（請求者と同じ氏名としてください。また、請求者（委任者）本人が自署しない場合は記名押印してください。）

この豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金の受領については、上記口座名義人に委任いたします。

様式第3号

第 号
年 (年) 月 日

様

豊中市長

(公印省略)

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）支給決定兼確定通知書

年 月 日付で申込みがありました新型コロナウイルスワクチン接種の支援に係る協力金について、豊中市介護保険・障害福祉サービス等利用者に係る新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金支給要綱に基づき、下記のとおり支給することを決定しましたので通知します。

記

1. 申込者

① 事業所等名称 _____

② 氏 名 _____

2. 支給金額

金 _____ 円

様式第4号

第 号
年 (年) 月 日

様

豊中市長

(公印省略)

豊中市新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金（予約支援・同行支援）不支給決定通知書

年 月 日付で申込みがありました新型コロナウイルスワクチン接種の支援に係る協力金について、豊中市介護保険・障害福祉サービス等利用者に係る新型コロナウイルスワクチン接種支援協力金支給要綱に基づき、下記のとおり支給しないことを決定しましたので通知します。

記

不支給決定理由