

福祉施設・医療機関等物価高騰対策光熱費等支援金交付要綱

（通則）

第1条 福祉施設・医療機関等物価高騰対策光熱費等支援金（以下「支援金」という。）については、山梨県補助金等交付規則（昭和38年山梨県規則第25号。）に規定するもののほか、この要綱の定めるところによる。

（交付の目的）

第2条 この支援金は、物価高騰により光熱費、食材費の負担が増え、福祉施設、医療機関及び保育施設等（以下「施設等」という。）の運営が厳しさを増すなか、国の公定価格により収入が算定される施設等を設置し、運営を継続している事業者を支援することにより、事業の質の確保及び持続的な運営を確実なものとし、本県の福祉・医療の維持を図ることを目的とし、これに要する経費については、予算の範囲内で交付する。

（支給対象者）

第3条 支給対象者は、次の全ての要件を満たす者とする。

- （1）令和5年8月1日（以下「基準日」という。）において、山梨県内に所在する別表の第2欄及び第4欄に該当する施設等を運営している法人・個人であること。
- （2）基準日において、事業の実態（事業を実施している）があること。
- （3）申請日において、事業継続の意思があること。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者が設置する施設等は、支給の対象としない。

- （1）地方公共団体の一般会計で運営されている施設等
- （2）基準日時点で休止または廃止の届出をしている施設等
- （3）前各号に掲げるもののほか、支援金の趣旨・目的に照らして適当でないと知事が認めたもの

（支給額）

第4条 支援金の支給額は、別表の第3欄に定めるとおりとする。

2 支援金の支給は、1施設等につき1回限りとする。

（支援金の申請等）

第5条 支援金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、支援金交付申請書（様式第1号）を、別に定める日までに知事に提出するものとする。

（支援金の交付決定及び額の確定）

第6条 知事は、申請者から前条の規定に基づく申請があった場合は、その内容の審査を行い、支援金の交付の可否を決定し、その結果を申請者に通知するものとする。

2 前項の規定により支援金の交付を決定したときは、額の確定をしたものとみなす。

（申請の補正が行われなかった場合等の取扱い）

第7条 知事が前条の規定による交付の決定を行った後、申請者の不備による振込不能等があり、県が確認等に努めたにもかかわらず申請書の補正が行われず、申請者の責に帰すべき事由により交付ができなかったときは、当該交付決定を取り消すものとする。

(不当利得の返還)

第8条 知事は、支援金の交付を受けた後に交付対象者の要件に該当しないことが明らかとなった者又は偽りその他不正の手段により支援金の交付を受けた者に対して、期限を定めて交付を行った支援金の返還を命じるものとする。

(書類の保管)

第9条 支援金事業に係る証拠書類等の管理については、これを事業が完了した日の属する会計年度の翌年度から起算して5年間保存しておかなければならない。

(その他)

第10条 この要綱の実施のために必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和5年7月26日から施行する。
- 2 この要綱は、令和5年度支援金に適用する。

別表（第3条及び第4条関係）

1 業種 区分	2 施設等区分		3 支給額	4 要件
福祉施設等 (介護)	入所	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院、短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護事業所、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、特定施設入居者生活介護事業所、地域密着型特定施設入居者生活介護事業所を開設する法人及び個人、小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所	基準日利用者1名当たり 48,000 円	・介護保険法又は老人福祉法の規定に基づき開設している施設 ・介護保険法第71条、72条に規定する「みなし指定」事業所を除く
	通所	通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所、地域密着型通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所	基準日利用者1名当たり 21,000 円 ※基準日利用者数は、基準日前1ヶ月の1日平均利用者数とする。	
	居宅	訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所	1施設当たり 30,000 円	
福祉施設等 (障害)	入所	短期入所事業所、障害者支援施設、共同生活援助事業所、宿泊型自律訓練事業所、指定福祉型障害児入所施設、指定医療型障害児入所施設	基準日利用者1名当たり 48,000 円	・障害者総合支援法又は児童福祉法の規定に基づき開設している施設
	通所	療養介護事業所、生活介護事業所、自律訓練(機能訓練)事業所、自律訓練(生活訓練)事業所、就労移行支援事業所、就労継続支援A型事業所、就労継続支援B型事業所、就労定着支援、自立生活援助、児童発達支援事業所、医療型児童発達支援事業所、放課後デイサービス事業所	基準日利用者1名当たり 21,000 円 ※基準日利用者は、基準日前1ヶ月の1日平均利用者数とする。	
	居宅	居宅介護事業所、重度訪問介護事業所、行動援護事業所、同行援護事業所、地域相談支援事業所、計画相談支援事業所、障害児相談支援事業所	1施設当たり 30,000 円	
福祉施設等 (救護)	救護施設		基準日利用者1名当たり 48,000 円	・生活保護法に基づき設置している救護施設

1 業種区分	2 施設等区分	3 支給額	4 要件
医療機関等	病院	1 病床当たり 100,000 円 ※算定病床数は、令和 4 年度 1 日当たり平均 使用病床数を基準に算出	・医療法の規定に基づき開設している病院又は診療所(企業・社会福祉施設等の医務室、臨時開設の施設を除く。)のうち、保険医療機関の指定を受け、一般患者の受け入れを行っている医療機関 ・同一施設で、医科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方とする。 ・公立医療機関は、地方公営企業法の適用を受ける施設、又は地方独立行政法人が経営する施設に限る。
	有床診療所	1 病床当たり 100,000 円 ※算定病床数は、基準日の使用許可病床数(休床病床を除く)に、令和 4 年度病床機能報告に基づく県内有床診療所の病床使用率平均(0.5)を乗じて算出 ※算定病床数が1床以下(全ての病床を休床している場合を含む。)の診療所は、医科診療所(無床)と同額とする。	
	医科診療所(無床)、歯科診療所	1 施設当たり 170,000 円	
	薬局	1 施設当たり 100,000 円	・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律の規定に基づき開設の許可を受けている薬局のうち、保険薬局の指定を受けた施設
	助産所	1 施設当たり 60,000 円	・医療法の規定に基づき開設している助産所(出張専門の施設を除く)
	施術所(あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう、柔道整復業)	1 施設当たり 60,000 円	・あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律又は柔道整復師法の規定に基づき開設している施術所のうち、療養費の受領委任取扱いの指定を受けた施術所(出張専門の施設を除く) ・同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一方とする。
	歯科技工所	1 施設当たり 60,000 円	・歯科技工士法の規定に基づき開設している歯科技工所

1 業種区分	2 施設等区分	3 支給額	4 要件
保育施設 (保育所等)	私立(公設民営除く)の認可保育所、幼稚園、認定こども園、地域型保育施設、へき地保育所	基準日利用子ども1名当たり 5,000 円	・児童福祉法、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律若しくは学校教育法に基づく認可を受け、へき地保育所の設置について(昭和36年厚生省発児第76号)に基づく指定を受けていること。
保育施設 (児童養護施設等)	児童養護施設、乳児院、自立援助ホーム、ファミリーホーム	基準日利用者1名当たり 34,000 円	・児童福祉法の規定に基づく児童養護施設及び乳児院並びに児童自立生活援助事業者及び小規模住居型児童養育事業者

(様式第1号)

福祉施設・医療機関等物価高騰対策光熱費等支援金交付申請書

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

(申請者)	
郵便番号 〒	
所在地	
名 称	
代表者の役職・氏名	

※個人の場合は、住所及び氏名を記載すること。

福祉施設・医療機関等物価高騰対策光熱費等支援金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 申請額 : 金 円

2 申請区分

申請する業種区分を「○印」を記載してください。(いずれか1つを選択)

※複数の業種区分の施設等を運営している場合は、区分ごとに分けて申請をお願いします。

☐	福祉施設等(介護)	☐	福祉施設等(障害)	☐	福祉施設等(救護)
☐	医療機関等(病院、有床診療所、内科診療所(無床)、歯科診療所)				
☐	医療機関等(薬局)	☐	医療機関等(助産所、施術所、歯科技工所)		
☐	保育施設(保育所等)	☐	保育施設(児童養護施設等)		

3 振込口座情報

金融機関名		金融機関コード	
支店名		支店コード	
預金種目	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※申請者(代表者)と同一名義の口座(法人名又は個人名)を指定すること。

【申請内容に関する連絡先】

申請者所属先所在地		〒
所属名		
担当者 (役職・氏名)		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	E-mail	

4 誓約事項

次のとおり相違ないことを確認の上、各項目の確認欄へ「○印」を記載してください。
全ての項目に○を入れないと申請できません。

No	誓約事項	確認
1	本支援金の支給対象者の要件を満たしています。	
2	本支援金の申請にあたり、山梨県（支援金事務局）に提出した本支援金の関係書類、及び通帳その他の提出書類等に記載の事項に虚偽はありません。	
3	基準日において事業を実施しており、引き続き事業を継続して実施する意思があります。	
4	暴力団（※）でなく、また、役員等が暴力団員（※）や暴力団員と密接な関係を有する者ではなく、当事業の経営に暴力団や暴力団員が実質的に関与していません。 かつ、将来にわたっても本項に該当しません。 ※ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。	
5	山梨県から申請書類の内容に関して検査や報告の求めがあった場合は、これに応じます。	
6	以下の場合には速やかに申請の取り下げ、支援金の返還に応じます。 ① 虚偽の申請が判明した場合 ② 誤った申請と給付がされていた事が判明した場合 ③ 誓約事項が順守されなかった場合	

（添付書類）

- ①（様式第1号の1）支援金申請額内訳書
- ② 振込先金融機関の口座が確認できる、通帳の写し等
※金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人等が記載されていること
- ③ その他知事が必要と認める書類

支援金申請額内訳書

【入所】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	単価 (円) (48,000円)	基準日 利用者数 (R5.8.1現在)	申請額 (円)
1						
2						
3						
4						
5						

【通所】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	単価 (円) (21,000円)	基準日 利用者数 ※	申請額 (円)
1						
2						
3						
4						
5						

※通所の基準日利用者数は、基準日前1ヶ月（令和5年7月2日～8月1日）の1日平均利用者数（小数点未満切り捨て）
を記入してください。

【居宅】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	申請額 (円) (1事業所当たり30,000円)
1				
2				
3				
4				
5				

申請額合計 (円)	
--------------	--

- （記載上の注意事項）
- 複数の福祉施設等（介護）を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
（福祉施設等（介護）以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。）
 - 行が不足する場合には適宜行を追加してください。

支援金申請額内訳書

【入所】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	単価 (円) (48,000円)	基準日 利用者数 (R5.8.1現在)	申請額 (円)
1						
2						
3						
4						
5						

【通所】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	単価 (円) (21,000円)	基準日 利用者数 ※	申請額 (円)
1						
2						
3						
4						
5						

※通所の基準日利用者数は、基準日前1ヶ月（令和5年7月2日～8月1日）の1日平均利用者数（小数点未満切り捨て）
を記入してください。

【居宅】

No	施設・事業所名	所在地	事業所番号 (10桁)	申請額 (円) (1事業所当たり30,000円)
1				
2				
3				
4				
5				

申請額合計 (円)	
--------------	--

- （記載上の注意事項）
- 1 複数の福祉施設等（障害）を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
（福祉施設等（障害）以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。）
- 2 行が不足する場合には適宜行を追加してください。

支援金申請額内訳書

No	施設名	所在地	単価 (円)	基準日 利用者数 (R5.8.1現在)	申請額（円）
1			48,000		

申請額合計 (円)	
--------------	--

支援金申請額内訳書

【病院】

名称	所在地		医療機関コード (10桁)
単価1床当たり（円） a	R4年度在院 患者延べ数 b	算定病床数 (R4年度1日当たり平均使用病床数) b/365 ※小数点未満切り捨て c	申請額（円） a×c
100,000		0床	0

【有床診療所】

名称	所在地			医療機関コード (10桁)
単価1床当たり（円） d	病床数			申請額（円） d×g
	使用許可 病床数 e	休床病床数 f	算定病床数 (e-f)×0.5 ※小数点未満切り捨て g	
100,000			0床	0

※算定病床数が1床以下(全ての病床を休床している場合を含む。)の診療所は、無床診療所と同額(170,000円)で申請してください。

【内科診療所（無床）】

名称	所在地	医療機関コード (10桁)	申請額（円） (1施設当たり170,000円)
			0

【歯科診療所】

名称	所在地	医療機関コード (10桁)	申請額（円） (1施設当たり170,000円)
			0

申請額合計 (円)	0
--------------	---

(記載上の注意事項)

- 複数の医療機関を開設している場合は、一括での申請が可能です。本様式をコピーしてご利用ください。
(医療機関以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。)
- 公立医療機関は、地方公営企業法の適用を受ける施設、又は地方独立行政法人が経営する施設のみが対象です。
- 次の医療機関は交付対象外となります。
①保険医療機関の指定を受けていない施設
②企業・社会福祉施設等の医務室や臨時開設の施設
- 同一施設で、内科と歯科の診療報酬上の指定を両方受けている場合は、いずれか一方により申請してください。

支援金申請額内訳書

No	名称	所在地	保険薬局コード (10桁)	申請額（円） (1施設当たり100,000円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

申請額合計 (円)	
--------------	--

- （記載上の注意事項）
- 1 複数の薬局を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
（薬局以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。）
- 2 行が不足する場合には適宜行を追加してください。

支援金申請額内訳書

No	名称	所在地	登録記号番号 (10桁) ※施術所のみ記載	申請額 (1施設当たり60,000円)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

申請額合計 (円)	
--------------	--

- （記載上の注意事項）
- 1 複数の助産所、施術所、歯科技工所を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
（上記以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。）
 - 2 行が不足する場合には適宜行を追加してください。
 - 3 次の施設は交付対象外となります。
 - ①出張専業の施設
 - ②施術所のうち、療養費の受領委任取扱指定を受けていない施術所
 - 4 同一施設で、療養費の受領委任取扱指定を受けている施術所が複数ある場合は、いずれか一方により申請してください。

支援金申請額内訳書

No	区分	施設・事業所名	所在地	単価 (円)	基準日 利用者（子ども）数 (R5.8.1現在)	申請額（円）
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

申請額合計 (円)	
--------------	--

（記載上の注意事項）

- 1 単価については保育所等5,000円、児童養護施設等34,000円となります。
- 2 複数の保育施設を開設している場合、本様式により一括での申請が可能です。
(保育施設以外の施設等との一括での申請はできませんので、その場合は分けて申請してください。)
- 3 行が不足する場合には適宜行を追加してください。