

今治市高齢者施設職員等PCR検査等支援事業費補助金交付要綱

令和3年7月1日制定

今治市要綱

(目的)

第1条 この要綱は、高齢者施設の職員等が、PCR検査及び抗原検査（以下「PCR検査等」という。）を行う場合に、予算の範囲内においてその費用の一部を助成することにより、早期に感染者を把握し、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の防止を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、高齢者施設とは、次の各号に掲げるもの全てをいう。

- (1) 介護保険施設 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
- (2) 介護サービス事業所 訪問介護（第一号訪問事業を含む）、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、通所介護（第一号通所事業を含む）、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、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、居宅介護支援、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、地域密着型特定施設入居者生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、看護小規模多機能型居宅介護、介護予防支援（第一号介護予防支援事業を含む）を提供する事業所
- (3) その他の高齢者施設 有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、生活支援ハウス

(補助対象者)

第3条 補助の対象者は、市内の高齢者施設に勤務する職員又は市内に住所を有する利用者で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 高齢者施設において、業務に関連する資格試験受験又は研修受講、冠婚葬祭（二親等以内の親族に係るものに限る。）その他のやむを得ない理由により、県外の新型インフルエンザ等対策特別措置法（平成24年法律第31号）に基づく緊急事態措置を実施すべき区域又はまん延防止等重点措置を実施すべき区域と県とを往来した職員（帰県後1週間以内に自主検査を受けた職員等に限る。）
- (2) その他今治市が必要と認める職員及び利用者

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場合は、補助の対象としない。

- (1) PCR検査等費用に対し、他の補助金等（今治市がPCR検査等を推進するために本事業の上乗せとして交付する補助金を除く。）を受ける場合

(2) 医師が行政検査と認めたPCR検査等を受ける場合

(3) 自主検査の結果、陽性と判定された場合で、直ちに保健所に連絡を行わなかった者（検査機関等が保健所に発生届を提出した場合を除く。）

（補助金額）

第4条 補助金額は、PCR検査等の費用相当額とし、次に定める額を上限とする。

(1) PCR検査 1件につき、5,000円

(2) 抗原検査 1件につき、3,000円

（交付申請）

第5条 補助金の交付を受けようとする者は、PCR検査等を実施した日の属する年度末までに、今治市高齢者施設職員等PCR検査等支援事業費補助金交付申請書兼請求書（別記様式第1号）にPCR検査等の領収証、検査結果報告書（別記様式第2号又は第3号）及び市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。

（補助金の交付決定等）

第6条 市長は、前条に規定する申請書を受理した場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは、速やかに補助金の交付を決定するものとする。

2 補助金の交付決定の通知については、補助金の交付をもって替える。

（補助金の交付決定の取消し等）

第7条 市長は、補助事業者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、補助金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。この場合において、既に補助金が交付されている時は、市長はその全部又は一部の返還を命ずることができる。

(1) この要綱に違反したとき。

(2) この要綱に基づいて提出した書類等に虚偽の記載があったとき。

(3) 前2号に掲げる場合のほか、不正な行為があったと認められるとき。

（委任）

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

今治市高齢者施設職員等PCR検査等支援事業費補助金交付申請書兼請求書

(宛先) 今治市長

住 所

氏 名

今治市高齢者施設職員等PCR検査等支援事業費補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請及び請求します。

1 検査を受けた方

| | |
|---------|--------|
| 氏 名 | (フリガナ) |
| 住 所 | |
| 生 年 月 日 | |

2 補助金交付額

| | | |
|----------------------------------|-----------|--------|
| ① 検査に要した費用 | P C R 検 査 | 円 |
| | 抗 原 検 査 | 円 |
| ② 限 度 額 | P C R 検 査 | 5,000円 |
| | 抗 原 検 査 | 3,000円 |
| 交付申請額 兼 補助金請求額 (①と②を比べて低い方の額) | | 円 |

3 補助金の振込先

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|--|--|--------------------------|--|--|----------------|------------|--|--|--|--|--|
| 振 込 先 | 金融機関名 | | | 本支店名 | | | 種目 | 口座番号 (右詰め) | | | | | |
| | 銀 行 金 庫 組 合 農 協 | | | 本 店 支 店 支 所 出張所 | | | 1 普通 | | | | | | |
| | | | | | | | 2 当座 | | | | | | |
| | 金融機関番号 | | | 支店番号 | | | 口座名義 (カタカナで記入) | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

備考

次の書類を添付してください。

- 1 PCR検査等を実施した医療機関等が発行した領収書（原本）
（「検査を受けた方の氏名」、「検査の種類」、「検査費用の明細」、「検査年月日」が明記されているもの）
- 2 検査結果報告書（別記様式第2号）
- 3 補助金の振込先の口座名義が申請者（検査を受けた方）でない場合は、委任状（別記様式第3号）を提出してください。
- 4 その他市長が必要と認める書類。

（宛先）今治市長

私が受けたPCR検査又は抗原検査の結果について、検査結果報告書を提出します。

氏 名

連絡先

| 検査結果報告書 | |
|--------------------------|---------------------|
| 氏 名 | (フリガナ) |
| 住 所 | |
| 生 年 月 日 | |
| 検 査 日 | |
| 検 査 方 法 | PCR検査 抗原検査 (どちらかに○) |
| 検 査 結 果 | 陰性 陽性 (どちらかに○) |
| 検 査 実 施 機 関 名 | |
| ※高齢者施設使用欄 | |
| 令和 年 月 日 | |
| 上記の者が当施設に勤務していることを証明します。 | |
| 法人名 | |
| 代表者氏名 | |
| 担当者氏名 | |
| 連絡先 | |

備考

対象者との雇用関係を証明する次の書類のいずれかを添付してください。

- 1 賃金台帳（写し）
- 2 出勤簿（写し）
- 3 その他（ ）

（宛先）今治市長

私が受けたPCR検査又は抗原検査の結果について、検査結果報告書を提出します。

氏 名

連絡先

| 検査結果報告書 | |
|---|---------------------|
| 氏 名 | (フリガナ) |
| 住 所 | |
| 生 年 月 日 | |
| 検 査 日 | |
| 検 査 方 法 | PCR検査 抗原検査 (どちらかに○) |
| 検 査 結 果 | 陰性 陽性 (どちらかに○) |
| 検 査 実 施 機 関 名 | |
| ※高齢者施設使用欄 令和 年 月 日 上記の者が当施設の利用者であることを証明します。 <div style="text-align: right;"> 法人名 代表者氏名 担当者氏名 連絡先 </div> | |

備考

新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者であることがわかる書類（接触者名簿等）を添付してください。

別記様式第4号（第5条関係）

委 任 状

年 月 日

（宛先） 今治市長

私（委任者）は、下記受任者を代理人と定め、今治市高齢者施設職員等PCR検査等支援事業費補助金に係る受領に関する一切の権限を委任します。

委任者
住所
氏名（署名）

記

受任者
住所
氏名