

「介護サービス事業所・施設等に勤務する職員に対する慰労金の支給事業」

退職者等の個別申請マニュアル

本マニュアルは、現在介護サービス事業所・施設等に勤務していない慰労金給付の対象者の方で、在籍していた勤務先からの申請が困難な方が、直接県に申請を行う場合の標準的な手続きについてお示しするものです。

※ 現在、介護サービス事業所・施設等に勤務している職員等については、原則として勤務先の介護サービス事業所・施設等で申請のとりまとめを行い、都道府県に給付申請を行うこととしていますので、申請方法等については、勤務先の介護サービス事業所・施設にご確認ください。

※ 現在、介護サービス事業所・施設等に勤務していない職員等についても、可能な場合は、対象期間内に勤務していた介護サービス事業所・施設等を通じて申請いただくこととしています。これが難しい場合には本マニュアルにより、申請いただくことになります。

<目次>

1. 本事業について	3
1.1 趣旨	3
1.2 対象者	3
2. 個別申請	4
2.2 記載方法について	5
2.3 申請書の提出について	9
3. 慰労金の振込み	9

<本編>

1. 本事業について

1.1 趣旨

介護サービス事業所・施設等に勤務する職員は、①感染すると重症化するリスクが高い利用者との接触を伴うこと、②継続して提供することが必要な業務であること、及び③介護施設・事業所での集団感染の発生状況を踏まえ、相当程度心身に負担がかかる中、強い使命感を持って、業務に従事していることに対し、慰労金を給付します。

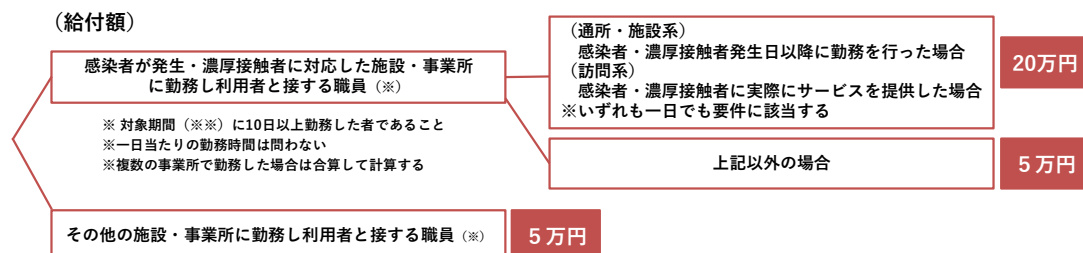
介護・障害分野の慰労金について

事業内容

利用者と接する職員に対し、慰労金として最大20万円を給付する。

	介護	障害
対象施設・事業所	介護保険の全サービス、有料老人ホーム、サ高住、養護、軽費	総合支援法、児童福祉法による障害福祉の全サービス
対象職員	対象施設・事業所に勤務し利用者と接する職員	

(給付額)



(※※) 対象期間：当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は受入日(★)のいずれか早い日(若手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4/16)から6/30までの間
★ チャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。

1.2 対象者

ご自身が対象者に該当するか、以下の図や厚生労働省のホームページに掲載するQ & A (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00144.html) を参考に、ご確認ください。

なお、ご不明な点がある場合には、厚生労働省のコールセンターや県にお問い合わせください。

2. 個別申請

本慰労金の対象者に該当する方のうち、現在介護サービス事業所・施設等に勤務していない方で、対象期間内に在籍していた勤務先から申請いただくことが困難な場合等には、以下の手順により、対象期間における勤務先の所在する都道府県に対し、直接申請を行うことができます。

※ 現在、介護サービス事業所・施設等に勤務している医療従事者等については、原則として勤務している介護サービス事業所・施設で申請のとりまとめを行い、都道府県に給付申請を行うこととしていますので、申請方法等については、勤務されている介護サービス事業所・施設等にご確認ください。

※ 現在、介護サービス事業所・施設等に勤務していない職員等についても、可能な場合は、対象期間内に勤務していた介護サービス事業所・施設等を通じて申請いただくこととしています。

2.1 個別申請様式の入手

- ・ 個別申請の様式（以下、「個別申請書」とする）は、県のホームページからエクセルファイルの形式で、ダウンロードすることができます。

○県ホームページ；新型コロナウイルス感染症緊急包括支援事業（介護分）

<https://www.pref.okayama.jp/page/673031.html>

2.2 記載方法について

個別申請様式の記載方法をご説明します。

(様式第2号)

令和2年度新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（介護分）交付申請書

① 申請日 令和 年 月 日

対象期間内に勤務していた事業所・施設等の所在する都道府県
岡山県知事殿

② ①申請者の氏名等

(フリガナ) 氏 名	現 住 所	生年月日
印		※西暦で記載
日中連絡可能な電話番号	(自宅・勤務先・携帯)	
電子メールアドレス		

③ ②対象期間内に勤務していた介護サービス施設・事業所の名称等

勤務先の名称	住所

④ ③申請額等

申請額	5万円 ・ 20万円	(該当する金額を○で囲んでください)
裏面の申請額フローチャートの該当番号に○をつけてください		重複申請の有無
① ・ ② ・ ③		有 ・ 無

⑤ ④勤務先における申請者の業務内容等 ※介護サービス事業所・施設において記載してもらうこと

勤務先での職種	サービス種類	利用者との接触の有無
		有 ・ 無
3月22日から6月末までの勤務日数	勤務先における主な業務内容	
勤務先の証明	法人名	代表者名 印

注：1カ所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、勤務した日数を合算できるが、その場合にはこの用紙を追加して表面の①（申請者の氏名と印及び生年月日のみで可）、②、④の欄を記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出すること。

⑥ ○下記の事項に同意の上、新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）のうち介護慰労金事業として、上記申請額を申請及び請求します。

①当該介護サービス施設・事業所での勤務実態が条件を満たしていない場合は申請できません。
②医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス施設・事業所等及び医療機関等からの給付申請や都道府県への給付申請を行うことはできません。
③都道府県が、下記に記載された受取口座に振込手続後、記載間違い等の事由により振込が完了せず、かつ、申請期限までに、都道府県が申請者に連絡をしようとしても連絡がとれない場合には、都道府県は申請が取り下げられたものとみなします。
④慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合又は複数機関から給付を受けた場合は、慰労金を不当利得として返還していただきます。
⑤慰労金は、申請された口座に支給します。氏名等に変更があった場合は速やかに申し出て下さい。

⑦ 【受取口座記入欄】 ※長期間入出金のない口座を記入しないこと

金融機関名	支店名	分類	口座番号 (右詰で記載)	(フリガナ) 口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.ゆうちょ 3.信組 7.その他 4.信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1 普通 2 当座		

※ゆうちょ銀行の場合は、他金融機関から振込可能な口座番号等を記載してください。

★裏面にも記載箇所があります

① 申請日

申請日を記載してください。申請先都道府県は、以前勤務していた介護サービス事業所・施設等が所在する都道府県になります。

② 申請者の氏名等

申請される方の氏名・現住所・生年月日及び連絡の取れる電話番号等を記載してください。

③ 対象期間内に勤務していた介護サービス事業所・施設等の名称

対象期間内に勤務していた介護サービス事業所・施設等の名称、事業所番号、住所を記載して下さい。

④ 申請額等

該当する申請額等について、該当する金額や番号等に丸を付けます。

「申請額」・・・フローチャートを確認し、該当する金額を丸で囲んで下さい。

さらに、フローチャートの該当番号にも丸で囲んでください。

「重複申請」・・・申請者本人に、他の法人等で申請がない場合、無を丸で。

⑤ 勤務先における申請者の業務内容等

対象期間内に勤務していた介護サービス事業所・施設等における申請者の職種、業務内容、対象期間における勤務日数等を記載する欄になります。

本欄は、申請者自身で記載せず、勤務していた介護サービス事業所・施設等に各欄への記載及び勤務先署名欄への署名・捺印を依頼して下さい。

「職種」・・・生活相談員、介護職員、看護職員、事務職員 等

「サービス種類」・・・訪問介護、通所介護、老人福祉施設 等

「業務内容」・・・利用者への身体介護・生活援助、入居者への入浴介助・食事介助 等

1カ所の勤務だけでは日数要件に満たない場合、複数の事業所における勤務日数を合算できます。その場合には、この用紙を追加して表面の①（申請者の氏名と捺印及び生年月日のみで可）、②、④の欄を記載したものを2枚目以降に重ねてホッチキスで綴じて提出して下さい。

勤務していた施設・事業所等の廃業（閉鎖）等により勤務証明が取得できない場合は、県に相談の上で、申請者自身が勤務日数や勤務内容を証明する資料を用意して下さい。

（勤務を証明する資料の例）組み合わせることにより上記に内容を証明する。

雇用契約書、労働契約書、辞令、給与明細、源泉徴収明細、勤務表（出勤表）

⑥ 確認事項

申請にあたっては、確認事項の内容に同意・誓約いただくことが必要です。

⑦ 受取口座記入欄

慰労金の振込みを希望する口座を記載してください。

(裏面)

(申請書裏面)

○慰労金の申請額フローチャート

(給付額)

感染者が発生・濃厚接触者に対応した施設・事業所に勤務し利用者と接する職員 (※)	(通所・施設系) 感染者・濃厚接触者発生日以降に勤務を行った場合 (訪問系) 感染者・濃厚接触者に実際にサービスを提供した場合 ※いずれも一日でも要件に該当する	20万円 ①
※ 対象期間 (※※) に10日以上勤務した者であること ※ 一日当たりの勤務時間は問わない ※ 複数の事業所で勤務した場合は合算して計算する	上記以外の場合	5万円 ②
その他の施設・事業所に勤務し利用者と接する職員 (※)		5万円 ③

(※※) 対象期間：当該都道府県における新型コロナウイルス感染症患者1例目発生日又は発入日 (★) のいずれか早い日 (若手県は、緊急事態宣言の対象地域とされた4/16) から6/30までの間
★ チャーター便及びクルーズ船「ダイヤモンドプリンセス号」から患者を受け入れた日を含む。

⑧

本人確認書類 写し貼り付け
・運転免許証のコピー ・マイナンバーカードのコピー ・健康保険証のコピー 等

⑨

振込先金融機関口座確認書類 写し貼り付け
・通帳 (口座番号が書かれた部分) 又はキャッシュカードのコピー 等

⑩

チェックリスト
(以下の項目について必ず確認し、確認後はチェック欄 (□) にレを入れること)

- ☐ ①記載漏れや記載誤りがないか、再度ご確認ください。
- ☐ ②記入した口座番号と添付した通帳のコピーの口座番号が一致することをご確認下さい。
- ☐ ③添付資料に漏れが無いをご確認下さい。
- ☐ ④医療・介護・障害の慰労金について、他の介護サービス施設・事業所等及び医療機関等からは慰労金の申請はしません。
- ☐ ⑤慰労金の給付条件を満たしていなかった場合、記載内容に虚偽があった場合、複数の慰労金の給付を受けた場合は、慰労金の返還をしなければならないことを確認しました。

⑧ 本人確認書類の写し

第三者からの虚偽、なりすまし等の不正な手段による手続きを防止するため、以下のいずれかの書類の写しを添付して下さい。(申請日において、有効期間内のものに限りします。)

(1) 下記の1点で本人確認ができるもの(写真が貼付してあるものに限りします)

運転免許証、マイナンバーカード、旅券(パスポート)、船員手帳、海技免状、小型船舶操縦免許証、猟銃・空気銃所持許可証、戦傷病者手帳、宅地建物取引士証、電気工事士免状、無線従事者免許証、認定電気工事従事者認定証、特種電気工事資格者認定証、耐空検査員の証、航空従事者技能証明書、運航管理者技能検定合格証明書、動力車操縦者運転免許証、教習資格認定証、運転経歴証明書(平成24年4月1日以後に交付されたものに限る)、警備業法(昭和47年法律第117号)第23条第4項に規定する合格証明書、身体障害者手帳、療育手帳、外国人登録証明書、特別永住者証明書、在留カード、住民基本台帳カード(写真付き)、国又は地方公共団体の機関が発行した身分証明書

(2) 下記の(イ)と(ロ)の1点ずつで本人確認ができるもの または(イ)の2点で本人確認ができるもの

(イ) 国民健康保険の被保険者証、健康保険の被保険者証、船員保険の被保険者証、介護保険の被保険者証、共済組合員証、国民年金手帳、国民年金の年金証書、厚生年金保険の年金証書、船員保険の年金証書、共済年金の証書、恩給の証書、住民基本台帳カード(写真無し)、請求書に押印した印鑑の印鑑登録証明書、上記「1点で確認できるもの」に記載の書類が更新中の場合に交付される仮証明書や引換証、「国民健康保険、健康保険、船員保険、介護保険」の被保険者資格証明書、雇用保険被保険者証、自衛官診療証、生活保護受給者証、後期高齢者医療制度の被保険者証

(ロ) 学生証(写真付き)、法人(国又は地方公共団体の機関を除く。)が発行した身分証明書(写真付き)、国又は地方公共団体の機関が発行した資格証明書(写真付き)(上記「1点で確認できるもの」に掲げるものを除く。)

⑨ 振込先金融機関口座確認書類の写し

⑦で受取口座として記載した金融機関が確認できる書類の写しを貼付してください。

※ 口座番号が書かれた部分の通帳のコピーやキャッシュカードのコピーなど)

⑩ チェックリスト

提出にあたってのチェックポイントとなります。

全てのチェックポイントをご覧いただき、記入誤りや添付漏れがないことを確認して、チェックを入れてください。

2.3 申請書の提出について

個別申請書の作成が終わりましたら、次の送付先に郵送してください。

〒700-8570

岡山県岡山市北区丸の内 1-1-4 全日信販ビル 2 階

岡山県 保健福祉部 保健福祉課

医療・福祉従事者等支援班

3. 慰労金の振込み

慰労金の振込みは、県から行われます。

その他、申請方法については、厚生労働省のコールセンターや県にお問い合わせください。

新型コロナ緊急包括支援交付金（介護分）コールセンター
（電話番号）03-5253-1111（内線 3907, 3807）
（受付時間）平日の 9 時 30 分～18 時
※ 8 月までの設置を予定

○岡山県保健福祉部保健福祉課 医療・福祉従事者等支援班
・電話番号 086-226-7965
（受付時間）平日の 9 時～12 時、13 時～17 時