

名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けている介護保険サービス事業所等の負担を軽減し、もって安定的かつ継続的な介護保険等サービスの提供に資するため支援金を支給する名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給事業の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 この要綱による支援金（以下「支援金」という。）の支給の対象となる者（以下「支給対象者」という。）は、令和8年1月1日（同月2日から同年3月1日までの間に新たに介護保険サービス事業所等の指定等を受けた者である場合には、当該指定等の日）（以下「基準日」という。）時点において、別表に掲げる各表の指定等区分の欄に掲げる指定等（介護保険法（平成9年法律第123号）の規定により、介護保険サービス事業所等の指定等があったものとみなす場合を除く。）を受けている市内に所在する事業所又は施設（同年3月31日まで当該指定等に係る事業を継続して行っているものに限る。以下「事業所等」という。）の代表者とする。

2 前項の規定にかかわらず、障害福祉サービス等を行う介護保険サービス事業所等が名張市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応支援金支給事業実施要綱（令和8年告示第号）に基づく名張市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応支援金の支給を受ける場合には、支援金は支給しない。

(支給対象経費及び支給額)

第3条 支援金の支給の対象となる経費は事業所等における基準日から同年3月31日までの食材費、電気代、ガス代及びガソリン代（当該事業所等が車両のガソリン代を負担している場合に限る。）（消費税及び地方消費税に係る部分を除く。）とし、支援金の月額別表に定める額とする。

2 基準日が令和8年1月2日以後である場合における前項の規定による支援金の月額は、その事業所等に係る基準日が次の各号に掲げる期間のうちにあるときは、それぞれ当該各号に定める月分の支援金を支給するものとする。

(1) 令和8年1月2日から同年2月1日まで 同年2月分及び3月分

(2) 令和8年2月2日から同年3月1日まで 同年3月分

(支給申請)

第4条 支援金の支給を受けようとする支給対象者は、令和8年3月31日までに、名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給申請書兼請求書（様式第1号）に事業所・施設別申請額一覧（様式第2号）、事業所等個票（様式第3号）及び必要な書類を添えて市長に提出することにより、申請しなければならない。

(支給決定)

第5条 市長は、前条の規定による申請があった場合は、速やかに、当該申請に係る書類を審査し、適当と認めるときは支援金の支給を決定し、当該申請を行った支給対象者からの請求に基づき、速やかに当該支援金を支給するものとする。

(支援金の返還)

第6条 市長は、支給対象者が支援金を受給した後に支給対象者の要件に該当しないことがわかった場合、又は偽りその他不正の手段により支援金を受給したと認める場合は、直ちにその支援金に係る決定を取り消し、当該支援金の返還を求めるものとする。

2 前項の規定による支援金の返還を求められた者は、市長が定める期日までに、当該支援金を市長に返還しなければならない。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、支援金の支給に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、告示の日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和8年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日までに支給の決定をした支援金については、なお従前の例による。

別表（第2条、第3条関係）

1 食材費相当分

指定等区分	支援金の額（月額）
通所介護事業所	定員1人につき、965円 （看護小規模多機能型居宅介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の定員の数は、通い及び宿泊のそれぞれの定員の数を合計した数とする。）
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	
通所リハビリテーション事業所	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	
小規模多機能型居宅介護事業所	
短期入所生活介護事業所（空床型の短期入所生活介護の定員を除く。以下同じ。）	定員1人につき、2,895円
認知症対応型共同生活介護事業所	
地域密着型介護老人福祉施設	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護医療院	
特定施設入居者生活介護事業所	
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	

備考 事業所等の定員の数は、令和8年1月1日（同月2日から同年3月1日までの間に新たに介護保険サービス事業所等の指定等を受けた事業所等である場合には、当該指定等の日）時点のものとする。以下同じ。

2 電気代相当分

指定等区分	支援金の額（月額）
訪問介護事業所	1の事業所等につき、1,625円
訪問看護事業所	
訪問リハビリテーション事業所	
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売事業所	
居宅介護支援事業所	
通所介護事業所	定員1人につき、135円 （看護小規模多機能型居宅介護事業所及び小規模多機能型居宅介護事業所の定員の数は、通い及び宿泊のそれぞれの定員の数を合計した数とする。）
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	
通所リハビリテーション事業所	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	

小規模多機能型居宅介護事業所	定員1人につき、225円
短期入所生活介護事業所（空床利用を除く。）	
認知症対応型共同生活介護事業所	
地域密着型介護老人福祉施設	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護医療院	
特定施設入居者生活介護事業所	
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	

3 ガス代相当分

指定等区分	支援金の額（月額）
訪問介護事業所	1の事業所等につき、300円
訪問看護事業所	
訪問リハビリテーション事業所	
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売事業所	
居宅介護支援事業所	
通所介護事業所	定員1人につき、27円
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	
通所リハビリテーション事業所	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	
小規模多機能型居宅介護事業所	定員1人につき、38.5円
短期入所生活介護事業所（空床利用を除く。）	
認知症対応型共同生活介護事業所	
地域密着型介護老人福祉施設	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護医療院	
特定施設入居者生活介護事業所	
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	

備考 ガスを使用している事業所等に限る。

4 ガソリン代相当分

指定等区分	支援金の額（月額）
訪問介護事業所	車両1台につき、165円
訪問看護事業所	
訪問リハビリテーション事業所	
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売事業所	
居宅介護支援事業所	
通所介護事業所	車両1台につき、415円
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	
通所リハビリテーション事業所	
看護小規模多機能型居宅介護事業所	
小規模多機能型居宅介護事業所	車両1台につき、165円
短期入所生活介護事業所（空床利用を除く。）	
認知症対応型共同生活介護事業所	
地域密着型介護老人福祉施設	
介護老人福祉施設	
介護老人保健施設	
介護医療院	
特定施設入居者生活介護事業所	
養護老人ホーム	
軽費老人ホーム	

備考

- 1 支援金の対象となる車両は、事業所等が所有又は使用している車両であって、当該事業所等がガソリン代を負担している車両のうち、次の（1）から（3）までのいずれかの用務に使用しているものとする。
 - （1）利用者の送迎
 - （2）利用者の居宅への訪問
 - （3）利用者の医療機関への通院
- 2 車両を複数の事業所等で共用している場合には、当該車両の使用時間が最も長い事業所等において申請するものとする。
- 3 車両の数は、5台を上限とする。

様式第1号（第4条関係）

名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給申請書兼請求書

年 月 日

名張市長 宛て

申請者 所在地

法人等名称

代表者氏名

印

名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給事業実施要綱（令和8年名張市告示第 号）第4条の規定により、名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金の支給を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請内容

事業所・施設の指定等区分	指定等年月日	事業所・施設数	申請額(円)
訪問介護事業所	年 月 日		
訪問看護事業所	年 月 日		
訪問リハビリテーション事業所	年 月 日		
福祉用具貸与及び特定福祉用具販売事業所	年 月 日		
居宅介護支援事業所	年 月 日		
通所介護事業所	年 月 日		
地域密着型通所介護事業所	年 月 日		
認知症対応型通所介護事業所	年 月 日		
通所リハビリテーション事業所	年 月 日		
看護小規模多機能型居宅介護事業所	年 月 日		
小規模多機能型居宅介護事業所	年 月 日		
短期入所生活介護事業所	年 月 日		
認知症対応型共同生活介護事業所	年 月 日		
地域密着型介護老人福祉施設	年 月 日		
介護老人福祉施設	年 月 日		
介護老人保健施設	年 月 日		
介護医療院	年 月 日		
特定施設入居者生活介護事業所	年 月 日		
養護老人ホーム	年 月 日		
軽費老人ホーム	年 月 日		
合 計			

申請に関する連絡先等	担当者名		電話番号	
	部署名		メールアドレス	

添付書類

- ・事業所・施設別申請額一覧（様式第2号）、事業所等個票（様式第3号）
- ・ガソリン代の対象となる車両の車検証の写し（電子車検証の場合は、自動車検査証記載事項を印刷したもの）

名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金支給請求書

年 月 日

請求者 所在地

法人等名称

代表者氏名

印

支給決定された名張市介護保険サービス事業所等物価高騰対応支援金を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

記

金融機関名	銀行・金庫・農協	金融機関コード	
支店名	本店・支店・出張所	支店コード	
フリガナ		預金種目	普通 ・ 当座
口座名義人		口座番号	

事業所等個票

事業所・施設 の 状 況	フリガナ					介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称					
	指定等区分		定員	人	車両の 所有台 数	台
	事業所・施設の所在地	(〒 -)				
	連絡先	電話番号		メールアドレス		
	管理者の氏名					

<積算内訳> 事業所・施設におけるガス使用状況有無 (円)

	基準単価	R8. 1	R8. 2	R8. 3	申請額
サービス提供					
電気					
ガス					
食材					
ガソリン					
計					

<所有する車両一覧> 車両のナンバー等を入力してください。ナンバーは右詰めで入力してください。

	地名	分類番号	ひらがな	一連指定番号
1				-
2				-
3				-
4				-
5				-

確認事項	
	この支援金と対象経費を重複して、名張市障害福祉サービス等事業所物価高騰対応支援金の支給を受けていません。
	この支援金に係る証拠書類は、5年間(令和13年3月末まで)適切に整備、保管し、市から求めがあった場合には提出します。
	指定等区分、サービス提供の期間は、事実と相違ありません。