

## 香川県医療・福祉施設応援金支給要綱

### (趣旨)

第1条 物価高騰による経費の増加分を公定価格等により利用者に転嫁できない中にあっても、サービスを維持しながら運営を継続している医療・福祉施設を対象として香川県医療・福祉施設応援金（以下「応援金」という。）を支給することとし、応援金の支給に関してはこの要綱に定めるところによる。

### (支給対象者)

第2条 応援金の支給の対象となる者は、令和6年10月1日及び第6条に規定する申請の日において、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）に定める事業のいずれかを行っており、また、令和7年3月31日までに事業を休止・廃止する予定でないこと。

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は、支給の対象外とする。

- (1) 国、地方公共団体
- (2) 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32条第1項各号に掲げる者
- (3) 県税に滞納がある者
- (4) 前各号に定める者のほか、応援金の趣旨に照らして適当でないと知事が認めた者

### (支給対象施設・サービス)

第3条 応援金の支給の対象となる施設・サービスは、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）のうち、次の各号に掲げる要件のすべてを満たすものとする。

- (1) 香川県内に所在すること。
- (2) 令和6年10月1日及び第6条に規定する申請の日において、休止していないこと。また、令和7年3月31日までに休止・廃止する予定でないこと。
- (3) 前条第2項第1号に掲げる者が設置し、運営する施設又は同項第2号から第4号までに掲げる者が設置する施設でないこと。

### (支給額)

第4条 応援金の支給額は、別表の中欄に掲げる施設区分（支給対象施設・サービス種別）に応じ、同表の右欄に定める額とする。

### (支給回数)

第5条 応援金の支給は、1施設につき1回とする。

### (申請)

第6条 応援金の支給を受けようとする者は、香川県医療・福祉施設応援金申請書（

第1号様式)に別途知事が定める書類を添えて、別に定める期日までに知事に提出しなければならない。

(支給決定)

第7条 知事は、前条の申請書を受理した場合は、その内容を施設ごとに審査し、支給を決定したときは香川県医療・福祉施設応援金支給決定通知書(第2号様式)により、支給しないことを決定したときは香川県医療・福祉施設応援金不支給決定通知書(第3号様式)により、申請者に通知する。

(支給決定の取消し)

第8条 知事は、前条の規定により支給決定を受けた者(以下「支給対象事業者」という。)が偽りその他不正の手段により支給決定を受けた場合は、前条の規定による支給決定の取消し又は変更をすることができる。

2 知事は、前項の規定による取消し又は変更をしたときは、その旨を当該支給対象事業者に通知する。

(応援金の返還)

第9条 知事は、前条の規定による取消し又は変更をした場合において、既に応援金を支給しているときは、期限を定めて、その部分について支給した額の返還を支給対象事業者に命ずるものとする。

(加算金)

第10条 前条の規定により応援金の返還を命ぜられた者は、その命令に係る応援金の受領の日から返還の日までの日数に応じ、当該返還を命ぜられた応援金の額(その一部を納付した場合におけるその後の期間については、既納額を控除した額)につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を県に納付しなければならない。

2 前項の規定により加算金を納付しなければならない場合において、前条の規定により応援金の返還を命ぜられた者の納付した金額が返還を命ぜられた応援金の額に達するまでは、その納付金額は、まず当該返還を命ぜられた応援金の額に充てられたものとする。

3 第1項の加算金の額の計算につき同項に規定する年当たりの割合は、閏年の日を含む期間についても、365日当たりの割合とする。

(延滞金)

第11条 第9条の規定により応援金の返還を命ぜられた者が、知事が指定する納期限までに納付しなかったときは、納期限の翌日から納付の日までの日数に応じ、その未納付額につき年10.95パーセントの割合で計算した延滞金を県に納付しなければならない。

2 前項の規定により延滞金を納付しなければならない場合において、返還を命ぜられた応援金の未納付額の一部が納付されたときは、当該納付の日の翌日以後の期間に係る延滞金の計算の基礎となるべき未納付額は、その納付金額を控除した額によるものとする。

3 前条第3項の規定は、第1項の延滞金について準用する。

(関係書類の保管)

第12条 応援金の支給を受けた者は、申請に係る関係書類を整理し、応援金の支給年度の翌年度から起算して5年間これを保存しておかなければならない。

(補則)

第13条 この要綱に定めるもののほか、応援金の支給に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要綱は、令和7年1月17日から施行する。

別表（第2条、第3条、第4条関係）

単位：千円

種別	施設区分（支給対象施設・サービス種別）	支給単価
医療施設等	病院（保険医療機関に限る。）	720＋ 5×最大使用 病床数 (※1)
	有床診療所（保険医療機関に限る。）	360
	無床診療所（保険医療機関に限る。）	180
	訪問看護ステーション（指定訪問看護事業者に限る。※2）、助産所	100
	薬局（保険薬局に限る。）、施術所（あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう及び柔道整復を業とする施術所に限る。出張専門を含む。※3）、歯科技工所	50
児童福祉施設等	〔入所系〕 児童養護施設、乳児院、児童心理治療施設、地域小規模児童養護施設、ファミリーホーム、自立援助ホーム	360
	〔通所系〕 幼稚園、保育所、認定こども園、地域型保育事業、認可外保育施設（※4）、放課後児童クラブ	120
	〔その他〕里親（実際に委託を受けている世帯に限る。）、子どもへの支援の場（※5）	50
障害福祉施設・事業所等※6	〔入所系1〕 施設入所支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設	360
	〔入所系2〕 短期入所	120
	〔居住系〕 共同生活援助 ※1つの事業所（事業所番号が同一）で複数の共同生活住居がある場合は、いずれか1つのみ支給対象とする。	180
	〔通所系〕 療養介護、生活介護、自立訓練、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援センター、児童発達支援、放課後等デイサービス ※1つの事業所（事業所番号が同一）で複数サービスが該当する場合は、いずれか1つのみ支給対象とする。	120
	〔訪問・相談系〕 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、障害児相談支援、自立生活援助 ※1つの事業所（事業所番号が同一）で複数サービスが該当する場合は、いずれか1つのみ支給対象とする。	100

高齢者福祉施設・事業所等	<p>〔入所系〕 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、短期入所生活介護（空床利用型は除く。）、養護老人ホーム・軽費老人ホーム、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護</p>	360
	<p>〔居住系〕 （地域密着型）特定施設入居者生活介護（本体施設が養護老人ホーム・軽費老人ホームの場合は重複申請不可）、認知症対応型共同生活介護</p>	180
	<p>〔通所系〕 通所介護、通所リハビリテーション（介護老人保健施設及び介護医療院で行われるものに限る。）、地域密着型通所介護（療養通所介護を含む。）、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護</p>	120
※6 ※7 ※8	<p>〔訪問・相談系〕 訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護（※2）、訪問リハビリテーション（介護老人保健施設で行われるものに限る。）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援（介護予防支援は除く。）</p>	100
救護施設	<p>〔入所系〕 救護施設</p>	360

※1 最大使用病床数は、令和6年4月1日から令和6年9月30日までの間に、病院全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数とする。

※2 訪問看護の指定事業者は、医療又は介護のいずれか一方のみの申請となる。

※3 施術所は、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）第9条の2第1項若しくは同法第9条の3又は柔道整復師法（昭和45年法律第19号）第19条第1項の規定に基づく届出を行っているものをいう。

また、同じ住所地（建物内）において、施術室を分けることなく、あん摩マッサージ指圧、はり又はきゆうを業とする施術所と、柔道整復を業とする施術所を併設している場合は、いずれか1施設に限り支給対象となる。

※4 認可外保育施設のうち居宅訪問型保育事業（ベビーシッター）を同じ住所で複数届出している場合は、いずれか1事業に限り支給対象となる。

※5 子どもへの支援の場は、香川県子どもの未来応援ネットワーク事業において「支援の場」として登録されている施設に限る。

※6 同一の施設・事業所で介護保険サービスと障害福祉サービスの両方の指定を受

けている場合は、いずれか一方のみの申請となる。

例：介護保険サービスの訪問介護と障害福祉サービスの居宅介護の指定を受けている場合や共生型サービスの指定を受けている場合等。

※7 医療機関みなし事業所を除く。

※8 介護予防サービス（介護予防・日常生活支援総合事業を含む。）の指定事業者で介護サービスの指定も受けている者は、いずれか一方のみが対象となる。

(第1号様式)

受付番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

香川県医療・福祉施設応援金申請書

提出日: 令和 年 月 日

香川県知事 殿

標記について、次により応援金を支給されるよう関係書類を添えて申請します。

申請額の合計: 円

1 申請者情報

法人名 (個人事業主の場合は個人名)											
代表者職氏名											
法人等所在地	郵便番号(ハイフンあり)										
	住所										
法人番号(13桁)											
責任者 (所属・職氏名)							電話番号 (ハイフンあり)				
(責任者メールアドレス)											
担当者 (所属・職氏名)							電話番号 (ハイフンあり)				
(担当者メールアドレス)											

※責任者は法人内(又は個人事業所内)で当該業務における責任を負う役職員を、担当者は当該事務を担当する者を記入すること。  
※責任者と担当者は別の者とする。ただし、個人事業主本人が担当者となる場合、責任者及び担当者欄には個人事業主本人を記載すること。

2 振込口座情報

金融機関名					支店名					
金融機関コード(4桁)					支店コード(3桁)					
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号(7桁)							
口座名義人 ※カタカナで記載										

※必ず申請者名義の口座を指定すること  
(法人の場合は当該法人名義の口座に限り、施設名の入った口座は不可。個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。)

3 施設区分・申請額

(1)医療施設

施設区分	医療機関等コード※1	施設名※2 (届出等の名称とのチェック)	施設所在地	病床数※3 最大使用	申請額(円)
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

※1 医療機関等コード(10桁)を記載すること(医療機関等コードのない施設は、記載不要。)  
※2 施設名は略さずに正式名称を記入の上、県又は高松市に届出等を行っている名称と一致しているか確認し、チェックボックスにチェックを入れること。  
※3 「最大使用病床数」は病院のみ記載すること。また、「最大使用病床数」には令和6年4月1日から令和6年9月30日までの間に、病院全体で最も多く入院患者を収容した時点で使用した病床数を記載すること。  
※4 記載欄が不足する場合は、行を追加して記載すること。

合計	
----	--

(裏面の「4 支給要件」と「5 誓約」に、必ずチェックをしてください。)

(2) 福祉施設

施設区分	事業所番号※1	施設名※2 (届出等の名称とのチェック)	施設所在地	申請額(円)
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

※1 介護施設等にあつては介護保険事業所番号、障害者施設等にあつては障害事業所番号を記載すること。事業所番号がない施設は記載不要。  
 ※2 施設名は略さず正式名称を記入の上、県又は高松市に届出等を行っている名称と一致しているか確認し、チェックボックスにチェックを入れること。  
 ※3 記載欄が不足する場合は、行を追加して記載すること。

合計	
----	--

4 支給要件

香川県医療・福祉施設応援金支給要綱第2条に定める支給対象者及び同要綱第3条に定める支給対象施設等の要件(※)をすべて満たしています。

※国又は地方公共団体が設置する施設は、国又は地方公共団体以外の者が運営する場合に限り、支給対象となります。

※支給要件のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

左記に相違ない場合 以下に✓を記入	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------

5 誓約

- (1) 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32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に滞納はありません。
- (3) 令和6年10月1日現在事業を行っており、令和7年3月31日までに事業を休止・廃止する予定はありません。
- (4) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、香川県医療・福祉施設応援金を申請するに当たり、上記の内容について、誓約します。  
 なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

住所

法人名

代表者職氏名

誓約する場合  
以下に✓を記入

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

6 提出書類

- ①申請書(本紙)
- ②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種目」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が全て読み取れるもの(通帳を開いた最初のページのコピーなど))  
 ※電子メールによる申請の場合、写真データ等可

【電子メール提出時の注意事項】

担当者は、以下の①及び②の両方のアドレスに、メール送付してください。

- ①受付専用アドレス(ouenkin@coa-m.jp)
  - ②「1 申請者情報」に記載した「責任者」のメールアドレス
- ※①と同時に必ずTo又はCcで送付してください。





(2) 福祉施設

施設区分	事業所番号※1	施設名※2 (届出等の名称とのチェック)	施設所在地	申請額(円)
介護老人福祉施設	XXXXXXXXXX	○○○○ <input checked="" type="checkbox"/>	高松市○○町○○丁目○○番地	360,000
特定施設入居者生活介護	XXXXXXXXXX	△△△△ <input checked="" type="checkbox"/>	高松市○○町○○丁目○○番地	180,000
就労継続支援A型	XXXXXXXXXX	◇◇◇◇ <input checked="" type="checkbox"/>	高松市○○町○○丁目○○番地	120,000
夜間対応型訪問介護	XXXXXXXXXX	×××× <input checked="" type="checkbox"/>	高松市○○町○○丁目○○番地	100,000
		<input type="checkbox"/>		
		<input type="checkbox"/>		

※1 介護施設等にあつては介護保険事業所番号、障害者施設等にあつては障害事業所番号を記載すること。事業所番号がない施設は記載不要。  
 ※2 施設名は略さず正式名称を記入の上、県又は高松市に届出等を行っている名称と一致しているか確認し、チェックボックスにチェックを入れること。  
 ※3 記載欄が不足する場合は、行を追加して記載すること。

合計	760,000
----	---------

4 支給要件

香川県医療・福祉施設応援金支給要綱第2条に定める支給対象者及び同要綱第3条に定める支給対象施設等の要件(※)をすべて満たしています。

※国又は地方公共団体が設置する施設は、国又は地方公共団体以外の者が運営する場合に限り、支給対象となります。

※支給要件のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

左記に相違ない場合以下に✓を記入

チェックを必ず入れてください。

5 誓約

- (1) 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32条第1項各号に掲げる者ではありません。
- (2) 県税に滞納はありません。
- (3) 令和6年10月1日現在事業を行っており、令和7年3月31日までに事業を休止・廃止する予定はありません。
- (4) 支給対象要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに応援金を返還し、給付を受けた団体名、代表者氏名及び所在地等の情報を公表されることに同意します。

私は、香川県医療・福祉施設応援金を申請するに当たり、上記の内容について、誓約します。  
 なお、この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

住所 高松市○○町○○丁目○○番地

法人名 社会福祉法人○○会

代表者職氏名 理事長 ○○○○

誓約する場合以下に✓を記入

※誓約のチェックがなければ、申請書を受け付けることができません。

チェックを必ず入れてください。

6 提出書類

- ①申請書(本紙)
  - ②振込先の通帳の写し(「金融機関名」「支店名」「預金種目」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が全て読み取れるもの(通帳を開いた最初のページのコピーなど))
- ※電子メールによる申請の場合、写真データ等で可

【電子メール提出時の注意事項】

- 担当者は、以下の①及び②の両方のアドレスに、メール送付してください。
- ①受付専用アドレス(ouenkin@coa-m.jp)
  - ②「1 申請者情報」に記載した「責任者」のメールアドレス
- ※①と同時に必ずTo又はCcで送付してください。

(第2号様式)

第 年 月 日 号

様

香川県知事

香川県医療・福祉施設応援金支給決定通知書

このことについて、香川県医療・福祉施設応援金支給要綱第7条に基づき、下記のとおり支給することに決定しましたので通知します。

なお、香川県医療・福祉施設応援金は申請のあった金融機関の口座に振り込まれます。引き続き、医療及び福祉サービスの提供にご協力をお願いします。

記

施設名	金額 (円)	担当課

(第3号様式)

第 号  
年 月 日

様

香川県知事

香川県医療・福祉施設応援金不支給決定通知書

このことについて、香川県医療・福祉施設応援金支給要綱第7条に基づき、提出のあった申請書の審査を行った結果、誠に残念ながら下記のとおり不支給となりましたので通知します。

記

施設名	担当課