

「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申請いただくことが困難な方が、直接県に申請を行う場合の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、申請いただくこととなります。

※ 勤務先の介護サービス事業所・施設等の所在地が鳥取県以外の都道府県の場合の申請手続きについては、当該都道府県にお問い合わせください。

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課

令和2年7月21日

<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	10
3. 慰労金の振込み	10

<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。

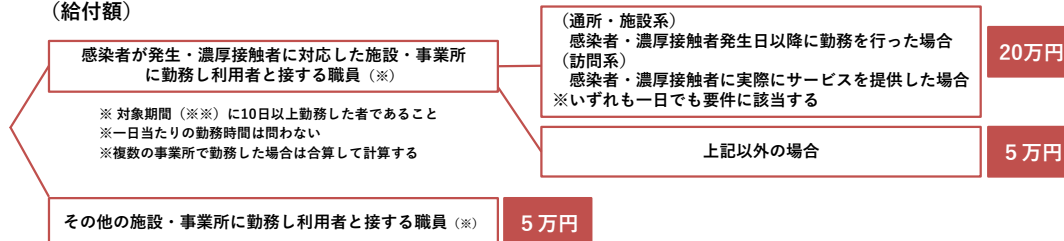
介護・障害分野の慰労金について

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：令和2年4月10日～令和2年6月30日

1.2 対象者

ご自身が対象者に該当するか、上記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、県長寿社会課のホームページからワードファイルの形式で、ダウンロードすることができます。

<鳥取県長寿社会課のホームページ>

<https://www.pref.tottori.lg.jp/261345.htm>

- (※) 紙媒体（個別申請様式を印刷したもの）を希望される場合は、以下でお受け取りいただきますようお願いいたします。

〒680-8570 鳥取県鳥取市東町1丁目220

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課 介護保険・施設担当

電話 0857-26-7175

〒82-0802 鳥取県倉吉市東巖城町2

鳥取県中部福祉保健局地域福祉支援課指導支援担当

電話 0858-23-3128

〒683-0802 鳥取県米子市東福原1丁目1-45

鳥取県西部総合事務所福祉保健局福祉企画課 指導支援担当

電話 0859-31-9314

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D号__表面)

鳥取県新型コロナウイルス感染症対応従事者等慰労金支給申請書

	① 申請日：令和 年 月 日									
鳥取県知事 平井 伸治 様	② 申請金額：_____万円									
1. 申請者の氏名等										
③	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">(フリガナ) 氏 名</th> <th style="width: 40%;">現 住 所</th> <th style="width: 30%;">生年月日</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">印</td> <td style="text-align: center;">〒</td> <td style="text-align: center;">(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">日中連絡可能な電話番号</td> <td style="text-align: center;">(自宅・勤務先・携帯)</td> </tr> </table>	(フリガナ) 氏 名	現 住 所	生年月日	印	〒	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日	日中連絡可能な電話番号		(自宅・勤務先・携帯)
	(フリガナ) 氏 名	現 住 所	生年月日							
	印	〒	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日							
	日中連絡可能な電話番号		(自宅・勤務先・携帯)							
2. 対象期間内に勤務していた医療機関、施設・事業所等の情報										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">勤務先の名称</th> <th style="width: 30%;">所 在 地</th> <th style="width: 40%;">分野・サービス種類等</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		勤務先の名称	所 在 地	分野・サービス種類等						
勤務先の名称	所 在 地	分野・サービス種類等								
3. 勤務先における申請者の業務内容等 ※本欄は、原則として、医療機関、事業所・施設等において記載										
⑤	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 30%;">①勤務先医療機関等での 所属部門・部署</th> <th style="width: 30%;">②勤務先での職種</th> <th style="width: 40%;">③勤務先における主な業務内容</th> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>④令和2年4月10日から 6月末までの勤務日数</td> <td>⑤(新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合)当該患者1例 目受入以降6月末までの勤務日数</td> <td>⑥当該医療機関等の類型 (いずれかに○) 新型コロナ受入医療機関/帰国者接触者外来 地域外来検査センター/宿泊療養/自宅療養 訪問看護/助産所/上記以外</td> </tr> </table>	①勤務先医療機関等での 所属部門・部署	②勤務先での職種	③勤務先における主な業務内容				④令和2年4月10日から 6月末までの勤務日数	⑤(新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合)当該患者1例 目受入以降6月末までの勤務日数	⑥当該医療機関等の類型 (いずれかに○) 新型コロナ受入医療機関/帰国者接触者外来 地域外来検査センター/宿泊療養/自宅療養 訪問看護/助産所/上記以外
	①勤務先医療機関等での 所属部門・部署	②勤務先での職種	③勤務先における主な業務内容							
④令和2年4月10日から 6月末までの勤務日数	⑤(新型コロナウイルス感染症患者を受入れた医療機関等の場合)当該患者1例 目受入以降6月末までの勤務日数	⑥当該医療機関等の類型 (いずれかに○) 新型コロナ受入医療機関/帰国者接触者外来 地域外来検査センター/宿泊療養/自宅療養 訪問看護/助産所/上記以外								
<p>※⑤、⑥は医療分野のみ記入 (勤務先証明欄) 法人名 _____ 代表者名 _____ 印</p>										
6. 下記の事項に同意の上、慰労金を申請します。										
⑥	①施設・事業所及び医療機関等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、他の施設・事業所及び医療機関等からの給付申請や県への直接の給付申請を行いません。									
	③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、申請日から3か月後の末日までに、都道府県が、申請者に連絡・確認できない場合は、県は当該申請が取り下げられたものと見なします。									
	④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									
<p>【振込希望口座】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 20%;">銀行・金庫 農協・漁協</th> <th style="width: 30%;">本店・支店・出張所 代理店・本所・支所</th> <th style="width: 10%;">フリガナ</th> <th style="width: 40%;"> </th> </tr> <tr> <td>預金種別 普通・当座</td> <td>口座番号</td> <td> </td> <td>口座名義</td> </tr> </table>		銀行・金庫 農協・漁協	本店・支店・出張所 代理店・本所・支所	フリガナ		預金種別 普通・当座	口座番号		口座名義	
銀行・金庫 農協・漁協	本店・支店・出張所 代理店・本所・支所	フリガナ								
預金種別 普通・当座	口座番号		口座名義							

① 申請日

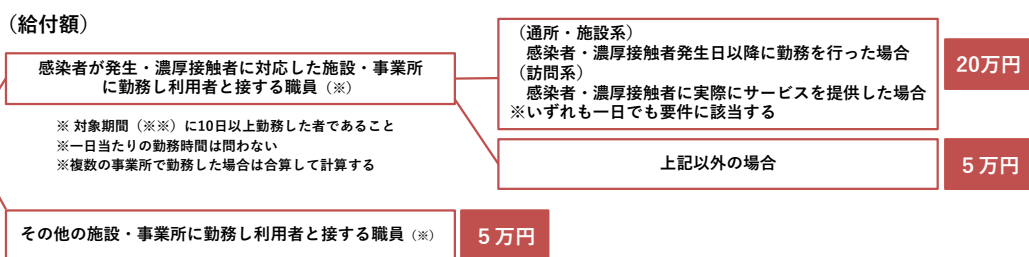
申請日を記載してください

②申請金額

下記のフローチャートを確認し、該当する申請金額を記載してください。

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	



(※※) 対象期間：令和2年4月10日～令和2年6月30日

③ 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。

④ 対象期間内に勤務していた医療機関、施設・事業所等の情報

対象期間内に勤務していた事業所・施設等の名称、住所、分野(医療、介護、障がい)、サービス種別(訪問介護、通所介護、老人福祉施設等)を記載して下さい。

⑤ 勤務先における申請者の業務内容等

対象期間内(令和2年4月10日～令和2年6月30日)に勤務していた介護サービス事業所・施設等における「勤務先事業所での所属部門・部署」、「勤務先での職種」、「勤務先における主な業務内容」、「対象期間内の勤務日数」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等への署名・捺印を依頼して下さい。

「勤務先での職種」・・・生活相談員、介護職員、看護職員、事務職員 等

「勤務先における主な業務内容」・・・利用者への身体介護・生活援助、入居者への入浴介護・食事介助等

1箇所の勤務日数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、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、県に提出して下さい。

（勤務を証明する資料の例）

雇用計画書、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)

(様式第D号_裏面)

⑧

本人確認書類 写し貼り付け
・運転免許証のコピー ・健康保険証のコピー ・年金手帳のコピー 等
(マイナンバーが記載されている書類は貼り付けないでください。)

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、再度ご確認下さい。
- ②記入した通帳番号と添付した通帳のコピーの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かがご確認下さい。
- ④他の医療機関、介護サービス施設・事業所及び医療機関等からは慰労金の申請は行っていません。
- ⑤記載内容に虚偽があった場合や、二重に申請が行われた場合は、慰労金の返還を求められることを理解しました。

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です。)

(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です)

運転免許証、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等

(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等

(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、下記提出先まで郵送又は直接ご持参ください。

(提出先)

〒680-8570 鳥取県鳥取市東町1丁目220

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課 介護保険・施設担当

(申請書受付期間) 令和2年7月21日(火)～令和3年2月26日(金) ※必着

3. 慰労金の振込み

慰労金の振込みは、都道府県から行われます。

その他、各都道府県における申請方法についてご不明な点がございましたら、下記問い合わせ先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

※7月までの設置を予定

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課

・電話番号 0857-26-7175

(受付時間) 平日の9時～17時