

## 新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査実施事業補助金交付要綱

### (目的)

第1条 新居浜市は、高齢者福祉施設等（以下「施設等」という。）が新型コロナウイルス感染症感染による重症患者発生リスクが高いことから、新規入所する高齢者が行う自主検査（PCR検査であって、行政検査によらないものをいう。以下同じ。）に予算の範囲内で補助金を支出し、当該高齢者の負担を軽減し、もって施設等の利用者への安全なサービス提供確保に資することを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において、施設等とは、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、養護老人ホーム、特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅とする。

### (補助対象者)

第3条 この要綱の規定による補助金の対象者（以下「補助対象者」という。）は、65歳以上の高齢者であって、市内に住所を有し、新規で施設等に入所する者とする。

2 前項の規定にかかわらず、医療機関等入院施設から直接、高齢者施設等に入所する場合は対象としない。

### (補助金の額)

第4条 補助金額は、補助対象者が行った自主検査に要した費用1件につき20,000円とする。ただし、検査費用が20,000円に満たない場合はその金額を補助するものとし、1,000円未満の端数が生じた場合はこれを切り捨てるものとする。

2 補助金の交付は、1回限りとする。

3 前項の規定に関わらず、他の補助金等の対象となっている自主検査は、対象としない。

### (自主検査の申込み)

第5条 自主検査を受けようとする補助対象者は、新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査補助申込書（第1号様式）（以下、「申込書等」という。）に、施設等の新規入所者であることが確認できる書類を添えて市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申込書等を受領したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査補助承認書（第2号様式）により通知

しなければならない。

(交付の申請)

第6条 補助金の交付を受けようとする補助対象者は、自主検査終了後速やかに新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査実施事業補助金交付申請書(第3号様式)に、次に掲げる書類等を添えて市長に提出しなければならない。

(1) 自主検査に係る費用の明細及び支払が確認できる書類(領収書等の写し)

(2) その他市長が必要と認める書類

(交付の決定)

第7条 市長は、前条の規定による交付の申請があった場合は、その内容を審査し、適当と認めるときは交付を決定し、新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査実施事業補助金交付決定通知書(第4号様式)により、交付の決定を補助対象者へ通知するものとする。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月5日から施行する。
- 2 この要綱は、令和4年3月31日限り、その効力を失う。

年 月 日

（宛先）新居浜市長

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助申込書

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査実施事業補助金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり申込みます。

1 入所する高齢者福祉施設 及び入所する時期	施設名 ( )	
	入所する時期	年 月 日
2 添付書類	<input type="checkbox"/> 入所契約書等の写し <input type="checkbox"/> その他	
3 自主検査を希望する機関		
4 自主検査希望者	フリガナ 氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	生年月日	年 月 日
5 連絡先 (介護者など)	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	
	検査希望者との関係	

同意書

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助を申し込むにあたり、市が自主検査希望者の住民基本台帳に記載された情報について調査及び取得することに同意します。

自主検査希望者氏名 \_\_\_\_\_（署名又は記名押印）

第 号  
年 月 日

新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助承認書

様

新居浜市長

年 月 日付で申込のあった新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査補助  
については、次のとおり承認します。

自主検査希望者	住 所	
	氏 名	
自主検査を受ける機関		

年 月 日

（宛先）新居浜市長

申請者

住 所

氏 名

新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査実施事業補助金交付申請書

新居浜市高齢者福祉施設等入所者PCR検査実施事業補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 入所する高齢者福祉施設 及び入所する時期	施設名 ( ) 入所する時期 年 月 日
2 自主検査を受けた機関 及び年月日	機関名 ( ) 検査日 年 月 日
3 自主検査に要した費用	円
4 補助申請額	円 ※交付額は20,000円が上限、20,000円に満たない場合はその額とし、1,000円未満の端数は切り捨てる。
5 添付書類	<input type="checkbox"/> 自主検査に係る費用の明細及び支払いが確認できる書類（領収書等の写し） <input type="checkbox"/> その他 ( )
6 振込先 金融機関名	銀行/信金/農協/信組/その他 支店/出張所/その他
口座種別	
口座番号	
口座名義人	(フリガナ )

第 号  
年 月 日

新居浜市高齢者福祉施設等従事者 P C R 検査等実施事業補助金交付決定通知書

様

新居浜市長

年 月 日付で交付申請のあった補助金の交付については、次のとおり補助金額を決定したので、新居浜市高齢者福祉施設等入所者 P C R 検査実施事業補助金交付要綱第 7 条の規定により通知します。

補助対象経費	円
補助金の交付決定額	円