

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、不安定な中東情勢による物価高騰の影響の中で、長野県内の社会福祉施設等が安定的なサービス提供を継続できるよう、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金（以下単に「支援金」という。）を支給することについて、必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 支給対象者は、長野県内に所在する別表1に定める施設・事業所（以下「施設等」という。）の設置者であって、医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けているものとする。

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、対象外とする。

- (1) 国及び地方公共団体
- (2) 県税の滞納がある者
- (3) 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者
- (4) その他知事が適当でないと認める者

(支給金額)

第3条 支給金額は、別表2に定めるとおりとする。

(支援金の支給回数)

第4条 支援金の支給は、1施設等につき同一の支援対象期間において1回に限る。なお、支援対象期間は令和8年6月1日から同年9月30日までとする。

(支援金の支給申請)

第5条 支援金の支給を受けようとする者（第7条第1項の規定による通知を受けた者を除く。以下「申請者」という。）は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給申請書（様式第1号）に関係書類を添えて、別に定める期日までに知事に申請しなければならない。

(支援金の支給)

第6条 知事は、前条の規定による申請があった場合は、その内容を審査し、支給を決定したときは社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給決定通知書（様式第2号）により、支給しないことを決定したときは社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金不支給決定通知書（様式第3号）により申請者に通知する。

(支給予定の通知等)

第7条 知事は、第5条及び前条の規定にかかわらず、次の各号に掲げる者（以下「支給予定者」という。）に対し、支援金の支給を予定している旨の通知を行うものとする。

- (1) 社会福祉施設等価格高騰対策支援金支給要綱（令和4年11月14日4健福政第205号）の規定に基づき令和7年12月1日から令和8年5月31日までの支援期間に係る社会福祉施設等価格高騰対策支援金の支給決定を受けた者（第4条の支援対象期間において休止又は廃止が確認された施設等の設置者を除く。）

(2) 前号に掲げる者以外の者であって、診療所等物価上昇対応支援金支給要綱（令和8年3月16日7医第572号）の規定に基づき診療所等物価上昇対応支援金の支給決定を受けた者（第4条の支援対象期間において休止又は廃止が確認された施設等の設置者並びに国及び地方公共団体を除く。）

2 前項の規定による通知を受けた支給予定者は、支援金の支給を受けようとするとき（通知された事項を変更する場合を含む。）は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給同意書兼変更届（様式第4号）を別に定める期日までに知事に届け出なければならない。

3 知事は、前項の届出があったときは、速やかに支給を決定し、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給決定通知書（様式第2号）により支給予定者に通知する。ただし、第1項の規定による通知を行った後に支給予定者が支給要件に該当しなくなったことが判明した場合は、支給しないことを決定し、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金不支給決定通知書（様式第3号）により支給予定者に通知する。

（支給決定の取消し）

第8条 知事は、支援金の支給決定後、支給要件に該当しない事実、不正等が発覚した場合は、支援金の支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（支援金の返還）

第9条 知事は、前条の規定による取消しをした場合において、当該取消しに係る部分に関し、既に支援金を支給しているときは、返還を命ずるものとする。

（検査及び報告等）

第10条 知事は、支援金の適切な支出のため、必要に応じて申請者、支給予定者又は支援金の支給を受けた者に対し、検査、報告その他必要な措置を求めることができる。

（関係書類の保管）

第11条 支援金の支給を受けた者は、申請又は届出に係る証拠書類を整理し、支援金の支給年度の翌年度から起算して5年間保管しなければならない。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項は、別に定める。

附 則（令和8年10月6日8健福政第173号）

この要綱は、令和8年10月6日から施行する。

別表 1 (第 2 条関係)

1 区分		2 施設等※1※2
高齢者福祉施設※3※4	入所系①	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、軽費老人ホーム、短期入所生活介護（併設型、単独型に限る。）
	入所系②	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護（軽費老人ホームを除く。）、地域密着型特定施設入居者生活介護（軽費老人ホームを除く。）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護
	通所系	通所介護、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通所リハビリテーション（医療みなしを除く。）
	訪問系	訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション（医療みなしを除く。）、夜間対応型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、居宅介護支援
障がい福祉施設※3※5	入所系	施設入所支援、共同生活援助、短期入所（併設型、単独型に限る。）、医療型障害児入所施設
	通所系	生活介護、療養介護、自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援、児童発達支援、放課後等デイサービス
	訪問系	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、自立生活援助、就労定着支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援
	相談系	計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、地域定着支援
医療機関※6		病院、医科診療所（有床・無床）、歯科診療所
助産所※7		—
薬局※6		—
施術所（柔道整復）※8		—
施術所（あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう）※8		—
歯科技工所※9		—

※1 医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。

※2 申請日時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和8年6月1日から同年9月30日まで）において休止又は廃止の予定がないこと。

※3 共生型の事業所は、本体事業所の指定を受けている区分で申請すること。

※4 令和8年6月1日時点で、介護保険施設、介護保険サービス事業所又は軽費老人ホームであること。

※5 令和8年6月1日時点で、障害福祉サービス等の指定を受けている施設等であること。

- ※6 令和8年6月1日時点で、病院、医科診療所及び歯科診療所においては保険医療機関、薬局においては保険薬局であること。
- ※7 令和8年6月1日時点で、開設の届出をしている又は開設の許可を受けていること。
- ※8 令和8年6月1日時点で、開設の届出をしている施術所であって、かつ、受領委任取扱い施設の指定を受けていること。
- ※9 令和8年6月1日時点で、開設の届出をしていること。

別表 2 (第 3 条関係)

別表 1 の第 1 欄に掲げる区分				支給金額 (1 施設等あたり)
高齢者福祉 施設	入所系①			3 千円×利用定員※1※2
	入所系②			30千円
	通所系	通所介護	1 月当たり延べ利用者数※3 300人以下	20千円
			1 月当たり延べ利用者数※3 301人以上 600人以下	30千円
			1 月当たり延べ利用者数※3 601人以上	40千円
		地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、通 所リハビリテーション（医療みなしを除く。）		30千円
		訪問系	訪問介護	集合住宅併設型（同一建物減算の算定 がある事業所）
	集合住宅併設型以外であって、1 月当 たり延べ訪問回数※3 200回以下			30千円
	集合住宅併設型以外であって、1 月当 たり延べ訪問回数※3 201回以上2, 000 回以下			40千円
	集合住宅併設型以外であって、1 月当 たり延べ訪問回数※3 2, 001回以上			50千円
	訪問入浴介護、訪問看護ステーション、訪問リハ ビリテーション（医療みなしを除く。）、夜間対応 型訪問介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、 居宅介護支援		30千円	
障がい福祉 施設	入所系※4			3 千円×利用定員※1※5
	通所系			30千円
	訪問系※6			20千円
	相談系※6			10千円
医療機関	病院			35千円×許可病床数※1
	医科診療所（有床）			4 千円×許可病床数※1※7
	医科診療所（無床）			54千円
	歯科診療所			
助産所				54千円
薬局				27千円
施術所（柔道整復）				18千円※8
施術所（あん摩マッサージ指圧、はり、きゅう）				18千円※8
歯科技工所				18千円

※1 利用定員及び許可病床数は、令和 8 年 6 月 1 日現在とする。

- ※2 短期入所生活介護は単独型及び併設型の定員とする。
- ※3 通所介護の1月当たり延べ利用者数及び訪問介護の1月当たり延べ訪問回数は、令和8年4月サービス提供分から同年6月サービス提供分までの平均により判断する。
- ※4 医療型障害児入所施設は、病院で算定するため、個別に支給金額は支給しない。
- ※5 短期入所は単独型及び併設型の定員とする。
- ※6 一つの施設等において、それぞれ2種類以上のサービスの指定を受けている場合は、指定を受けているサービスの数にかかわらず、1施設等あたりの支給金額は、訪問系は20千円、相談系は10千円とする。
- ※7 許可病床数が13床以下の場合は、1施設等あたりの支給金額は54千円とする。
- ※8 一つの施設等において、柔道整復師法（昭和45年法律第19号）に基づく柔道整復又はあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）に基づくあん摩マッサージ指圧、はり、きゅうの複数を開設している場合は、開設している業務の種類・該当数にかかわらず、1施設等あたりの支給金額は18千円とする。

受付番号

令和 年 月 日

次のとおり、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の支給を申請します。

フリガナ		フリガナ	
法人の名称		代表者	職 氏名
法人の所在地	〒		
担当者氏名			
担当者メールアドレス		電話番号	

施設等区分		施設種別	施設等の名称 ※ 1	所在地	介護保険事業所番号 ※ 2	利用定員	申請額 <small>入所系①：3,000円×利用定員 通所介護：1月当たり延べ利用人数数による 訪問介護：1月当たり延べ訪問回数等による 上記以外の施設：30,000円</small>	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
							0	
※ 1 施設等の名称は略さずに指定されている正式な名称を記入すること。 ※ 2 介護保険事業所番号のない施設については、介護保険事業所番号欄の記載は不要。							合計	0

※1 施設等の名称は略さずに指定されている正式な名称を記入すること。
 ※2 介護保険事業所番号のない施設については、介護保険事業所番号欄の記載は不要。

[illegible]

※必ず法人名義の口座を指定すること。
※口座番号は右詰めで記入すること。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- ☐ 医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。
- ☐ 申請日時時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和8年6月1日～同年9月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☐ 令和8年6月1日時点で、介護保険施設、介護保険サービス事業所又は軽費老人ホームであること。

私は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金を申請するに当たり、下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。

- ☐ 県税に滞納はありません。
- ☐ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ☐ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

所在地 _____

法人名 _____

代表者職氏名 _____

日付					
担当者					

受付日

受付番号

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金支給申請書
(②障がい福祉施設用)

令和 年 月 日

長野県知事 様

次のとおり、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の支給を申請します。

1 申請者

フリガナ		フリガナ	
法人の名称		代表者	職 氏名
法人の所在地	〒 -		
担当者氏名			
担当者メールアドレス		電話番号	

2 申請額

(単位：円)

施設等区分	施設種別	施設等の名称 ※	所在地	事業所番号	利用 定員	申請額 <small>入所系：3,000円×利用定員 通所系：30,000円 訪問系：20,000円 相談系：10,000円</small>
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
						0
合計						0

※ 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。

3 振込先

金融機関名		支店名	
金融機関コード（4桁）		支店コード（3桁）	
口座種別		口座番号（7桁）	
口座名義人 ※カタカナで記載			

※必ず法人名義の口座を指定すること。

※口座番号は右詰めで記入すること。

4 支給要件

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- ☐ 医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。
- ☐ 申請日時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和8年6月1日～同年9月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☐ 令和8年6月1日時点で、障害福祉サービス等の指定を受けている施設等であること。

5 誓約

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

私は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金を申請するに当たり、下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。

- ☐ 県税に滞納はありません。
- ☐ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ☐ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

所在地

法人名

代表者職氏名

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					

日付					
担当者					

日付					
担当者					

受付番号

令和 年 月 日

次のとおり、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の支給を申請します。

フリガナ	フリガナ	フリガナ	職	氏名
法人：法人の名称 個人事業者：代表者の氏名		(法人の場合) 代表者		
法人：本店の所在地 個人事業者：施設等の所在地	〒	—		
担当者氏名				
担当者メールアドレス		電話番号		

施設等の名称 ※ 1	所在地	医療機関コード (10桁) 204+ 7 桁	申請額 (27,000円)
合計			0

※1 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。

合計

0

金融機関名		支店名	
金融機関コード（４桁）		支店コード（３桁）	
口座種別		口座番号（７桁）	
☐ 座名義人 ※カタカナで記載			

※口座番号は右詰めで記入すること。

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

支給を申請する施設等は下記の要件を満たしています。

- ☐ 医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。
- ☐ 申請日時時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和 8 年 6 月 1 日～同年 9 月 30 日）において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☐ 令和 8 年 6 月 1 日時点で、保険薬局であること。

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

私は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金を申請するに当たり、下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。

- ☐ 県税に滞納はありません。
- ☐ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ☐ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

代表者職氏名	代表者印鑑	代表者署名

※個人は記入不要

日付					
担当者					

日付					
担当者					

日付					
担当者					

受付番号

令和 年 月 日

次のとおり、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の支給を申請します。

(単位：円)

※1 施設等の名称は略さずに正式名称を記入すること。

※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、個人事業主の場合は当該個人の口座に限る。）
※口座番号は右詰めで記入すること。

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

- ☐ 医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。
- ☐ 申請日時時点で休止中でなく、また、支援対象期間（令和8年6月1日～同年9月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。
- ☐ 令和8年6月1日時点で、開設の届出をしていること。

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

- ☐ 県税に滞納はありません。
- ☐ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。
- ☐ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。

※個人は記入不要

県記載欄（申請者は記入不要です）

日付					
担当者					

様式第2号（第6条、第7条関係）

第 号
年 月 日

申請者（支給予定者） 様

長野県知事 阿部 守一
（公印省略）

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金 支給決定通知書

このことについて、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。

記

1 申請者名

〔施設等区分： 〕

2 支給金額 円

3 支払予定日

様式第3号（第6条、第7条関係）

第 号
年 月 日

申請者（支給予定者） 様

長野県知事 阿部 守一
（公印省略）

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金 不支給決定通知書

このことについて、提出のあった申請書の審査を行った結果（支給要件に該当しなくなったことが判明したため）、不支給となりましたので通知します。

記

不支給の理由：

受付日	受付番号
-----	------

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金 支給同意書兼変更届

令和 年 月 日

長野県知事 様

社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の受給に当たり、次のとおり届け出ます。

1 支給を受ける者

法人：法人の名称 個人事業者：代表者の氏名		(法人の場合) 代表者	職 氏名
法人：本店の所在地 個人事業者：施設等の所在地	〒	-	
担当者氏名			
担当者メールアドレス		電話番号	

2 支給を受ける施設

整理番号 ※1	施設等区分 次から選択してください。 高齢者福祉施設／障がい福祉施設 ／病院・歯科診療所／歯科診療所 ／助産所／薬局／施術所／歯科技 工所	施設等の名称 ※2	支給予定通知書に記載された支給予定内容の変更の有無			
			該当する方に☑		変更ありに☑した場合は変更内容を記載してください	
			変更 なし	変更 あり	変更する項目 ※3	変更後の内容 ※4
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		
			☐	☐		

※1 支給予定通知書に記載された「整理番号」を記入してください。

※2 施設等の名称は略さずに正式名称を記入してください。

※3 変更する項目の記載例：「施設等の名称」「施設等の所在地」「利用定員」「許可病床数」「振込先口座」等

※4 「振込先口座」を変更する場合は、「金融機関名」「支店名」「預金種別」「口座番号」「口座名義人(フリガナ)」が読み取れる通帳等の写しを添付してください。

3 誓約

※すべてにチェックがなければ支給を受けることができません。

私は、社会福祉施設等医療・衛生用資材価格高騰対策支援金の受給に当たり、上記「2 支給を受ける施設」に記載した全ての施設について、下記のとおり誓約します。

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。

☐ 次の支給要件を満たします。

- ・医療・衛生用資材の価格高騰の影響を受けていること。
- ・申請日時時点で休止中ではなく、また、支援対象期間（令和8年6月1日～同年9月30日）において休止又は廃止の予定がないこと。

☐ 県税に滞納はありません。

☐ 長野県暴力団排除条例（平成23年長野県条例第21号）第2条第2号に規定する暴力団員又は同条例第6条第1項に規定する暴力団関係者ではありません。

☐ 支援金の支給決定後に支給要件に該当しない事実や不正等が発覚した場合は、速やかに支援金を返還します。