

庁 中 一 般
各 出 先 機 関

白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱を次のように定める。

令和8年1月19日

白川町長 佐 伯 正 貴

白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱

(目的)

第1条 この要綱は、町内の医療機関及び福祉施設の事業者が、光熱費等物価の高騰により経営が圧迫され、円滑な施設等の運営に支障が生じないように、予算の範囲内で白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等物価高騰対策支援金（以下「支援金」という。）を交付し支援することを目的とする。

(対象施設)

第2条 支援の対象となる施設は、令和8年1月1日（以下「基準日」という。）において開設中であって、令和7年4月1日から令和7年12月31日までの間にサービス提供の実績がある次に掲げる施設とする。

- (1) 病院（医療法（昭和23年法律第205号）第1条の5第1項に規定する病院）
- (2) 診療所（医療法第1条の5第2項に規定する診療所）
- (3) 高齢者福祉施設等（老人福祉法（昭和38年法律第133号）第5条の3に規定する老人福祉施設、同法第29条第1項に規定する有料老人ホーム及び介護保険法（平成9年法律第123号）第8条各項に掲げるサービスのうち別表に掲げるサービスを行う施設）
- (4) 障がい者福祉施設（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第11項に規定する障害者支援施設）

(支援金の額)

第3条 対象施設の事業者に交付する支援金の限度額は、基準日において次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 診療所及び次号に該当しない病院 500千円
- (2) 病院のうち許可病床数が100床以上のもの 2,000千円
- (3) 入所機能を有する高齢者福祉施設等又は障がい者福祉施設のうち定員が50人以上のもの 500千円
- (4) 入所機能を有する高齢者福祉施設等又は障がい者福祉施設のうち定員が50人未満

のもの 300千円

(5) 通所機能を有する高齢者福祉施設等又は障がい者福祉施設 200千円

(6) 訪問機能を有する高齢者福祉施設等又は障がい者福祉施設 100千円

2 前項の支援金の算定に当たり、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号の規定により支援金を算定するものとする。

(2) 同一法人が同一施設において介護保険法に基づくサービス及び老人福祉法に基づくサービスを併せて実施している場合は、老人福祉法に基づくサービスに係る定員数により支援金の額を算定する。

(3) 同一法人が同一敷地内において別表に掲げる介護老人福祉施設及び地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を併設して運営している場合は、当該高齢者施設等に係る定員数を合算した数により支援金の額を算定する。

(支援金の交付申請)

第4条 支援金の交付を受けようとする対象施設の事業者は、令和8年2月28日までに、白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書（様式第1号）により町長に申請しなければならない。

(交付の決定等)

第5条 町長は、前条の規定による申請があったときは、当該申請の内容を審査し、支援金の交付の可否を決定するものとする。

2 町長は、支援金の交付の決定をしたときは、当該申請をした者に支援金を交付するものとする。

3 町長は、支援金の不交付を決定したときは、当該申請をした者にその旨を通知するものとする。

(決定の取消し)

第6条 町長は、法令等に違反したとき又は申請書に虚偽の記載をしたときは、交付の決定を取り消すことができる。

(支援金の返還)

第7条 町長は、前条の規定により支援金の交付の決定を取り消した場合において、既に支援金が交付されているときは、期限を定めて、その返還を命ずるものとする。

(立入調査等)

第8条 町長は、この要綱に基づく支援金に係る予算の執行の適正を期するため必要があるときは、対象事業者に対して報告を求め、又は対象事業者の事務所等に立ち入り、帳簿その他の物件を検査し、若しくは関係者に質問することができる。

(補則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、支援金に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年1月19日から施行し、令和8年3月31日限り、その効力を失う。

別表（第2条関係）

介護老人福祉施設
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
認知症対応型共同生活介護
短期入所生活介護
通所介護
地域密着型通所介護
通所リハビリテーション
訪問看護
訪問リハビリテーション
訪問介護
居宅介護支援
福祉用具貸与

様式第 1 号（第 4 条関係）

白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等
物価高騰対策支援金交付申請書兼請求書

年 月 日

申請者 住 所 _____

名 称 _____

代表者職氏名 _____

白川町医療機関・高齢者福祉施設・障がい者福祉施設等物価高騰対策支援金交付要綱第 4 条に基づき、次のとおり支援金を申請します。なお、同要綱第 6 条の規定に該当する場合は、当該支援金を返還します。

施設名称	
施設住所	

区 分	請求金額	申請区分 (○をつける)
病床のない診療所	500,000 円	
100 床以上の許可病床のある病院	2,000,000 円	
50 人以上の定員入所機能を有する 高齢者福祉施設・障がい者福祉施設	500,000 円	
50 人未満の定員入所機能を有する 高齢者福祉施設・障がい者福祉施設	300,000 円	
通所機能を有する 高齢者福祉施設・障がい者福祉施設	200,000 円	
訪問機能を有する 高齢者福祉施設・障がい者福祉施設	100,000 円	

支援金振込先

金融機関名（銀行コード）	()
支店名（支店コード）	()
預金種別	普通・当座・その他 ()
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	()