

既存高齢者施設等のスプリンクラー整備支援事業

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県 (入力不要)	市区町村	実施主体 (自治体名) ※運営法人名は 入れないこと	施設の種別	施設の名称	整備計画名	スプリンクラーを設置する施設の種別	開設年月日 ※1	利用定員 令和5年12月1 日時点	利用率 (年)		利用率 (月)		補助対象 面積(m ²) (a)	交付基準単価 (1㎡あたり) (b)	交付基準単価 (自動火災報知 設備を整備する 場合) (c)	交付基準単価 (消防機関へ通 報する自動火災 通報設備を整備 する場合) (d)	交付基準単価 (消火ポンプユ ニット等の設置 が必要な場合) (e)	算定基準に よる算定額 (a× b)+c+d+e (f)	対象経費の 実支出 (予定)額 (g)	交付予定額 (千円) (fとgのいず れか低い額)	国土強靱化 地域計画へ の明記	過去3ヶ月間(令和5年8 月～令和5年10月分)の全 入所(居)者、宿泊者の 数(延べ人数)	左のうち、 要介護3～5の者 の数 (延べ人数)	過去3ヶ月間(令 和5年8月～令和5 年10月分)の入所 (居)者、宿泊者 に占める要介護3 ～5の者の割合	備考							
												総数	うち宿泊利 用者	総数	うち宿泊利 用者																				
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市		-																										#DIV/0!		
2			#N/A																														#DIV/0!		
3			#N/A																															#DIV/0!	
4			#N/A																															#DIV/0!	
5			#N/A																															#DIV/0!	
6			#N/A																															#DIV/0!	
7			#N/A																															#DIV/0!	
8			#N/A																															#DIV/0!	
9			#N/A																															#DIV/0!	
10			#N/A																															#DIV/0!	
11			#N/A																															#DIV/0!	
12			#N/A																															#DIV/0!	
13			#N/A																															#DIV/0!	
14			#N/A																															#DIV/0!	
15			#N/A																															#DIV/0!	

- <記入上の留意点>
- ・入力に当たっては、整備計画書と内容の齟齬がないよう、確認の上入力してください。
 - ・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。
 - ・**一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**
 - ・黄色セルは数式が入っておりますので、入力は不要です。
 - ・オレンジセルはプルダウンより選択してください。(文字・数字の入力はしないでください)
 - ・※1・・・当該施設における事業を開始した年月日を記載すること。
 - ・※2・・・施設の種別に「宿泊を伴うデイサービスセンター」を入力した場合のみ、直近1年間の利用延べ人数を記入すること。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)
 - ・※3・・・施設の種別に「宿泊を伴うデイサービスセンター」を入力した場合のみ、直近2ヶ月の利用延べ人数を、ひと月平均にした数値を記入すること。(例) 一施設に1日20人が59日間(2ヶ月)利用した場合 20×59÷2=590 (590を記入)
 - ・※2、※3ともに、宿泊を伴うデイサービスの場合において、1泊2日は1人でカウント (例) 1/10に同じ人が通所と宿泊を両方利用された場合 → 総数「2」、うち宿泊利用者「1」で計上すること。
 - ・※2、※3ともに、保険外(宿泊サービスを除く)サービス利用者については利用者数には含めないこと。

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業（耐震化）

No.	所管厚生局	都道府県 コード	都道府県 (入力不 要)	市区町村	実施主体 (自治体名) ※運営法人名は 入れないこと	施設の種別	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのど のような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額 (千円)	交付基準単 価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)※	全入所(居)者、利 用者の数(延べ人 数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	左のうち、医療的配 慮(人工呼吸器・酸 素療法・喀痰吸引 等)が必要な者 (延べ人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	入所(居)者、 利用者に医療的 配慮が必要な者 の割合	国土強韌 化地域計 画への明 記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCPの策定状況		非常災害対策計画		備考
																				BCP(事 業継続計 画)の策 定状況	作成時期	作成状況	作成時期	
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-				-	-				#DIV/0!	有						
2			#N/A														#DIV/0!							
3			#N/A														#DIV/0!							
4			#N/A														#DIV/0!							
5			#N/A														#DIV/0!							
6			#N/A														#DIV/0!							
7			#N/A														#DIV/0!							
8			#N/A														#DIV/0!							
9			#N/A														#DIV/0!							
10			#N/A														#DIV/0!							
11			#N/A														#DIV/0!							
12			#N/A														#DIV/0!							
13			#N/A														#DIV/0!							
14			#N/A														#DIV/0!							
15			#N/A														#DIV/0!							

<記載要領>

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・**一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)

※国の補助率10/10(定額)を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業 (大規模修繕)

No.	所管厚生局	都道府県 コード	都道府県 (入力不 要)	市区町村	実施主体 (自治体名) ※運営法人名は 入れないこと	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのど のような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額 (千円)	交付基準単 価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)※	全入所(居) 者、利用者 の数 (延べ人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	左のうち、医療的配慮 (人工呼吸器・酸素療 法・喀痰吸引等)が必要 な者 (延べ人数) (R5.12.1時 点) (R4.12.1~R5.11.30)	入所(居)者、 利用者に医療的 配慮が必要な者 の割合	国土強韌 化地域計 画への明 記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCP(事 業継続計 画)の策 定状況		非常災害対策計画			備考		
																				作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期			
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-					-	-			#DIV/0!	有									
2			#N/A														#DIV/0!										
3			#N/A														#DIV/0!										
4			#N/A														#DIV/0!										
5			#N/A														#DIV/0!										
6			#N/A														#DIV/0!										
7			#N/A														#DIV/0!										
8			#N/A														#DIV/0!										
9			#N/A														#DIV/0!										
10			#N/A														#DIV/0!										
11			#N/A														#DIV/0!										
12			#N/A														#DIV/0!										
13			#N/A														#DIV/0!										
14			#N/A														#DIV/0!										
15			#N/A														#DIV/0!										

<記載要領>

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・**一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)

※国の補助率10/10(定額)を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業（自家発）

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県 (入力不要)	市区町村	実施主体 (自治体名) ※運営法人名は 入れないこと	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのど のような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額 (千円)	交付基準単 価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円) ※ 1	全入所(居) 者、利用者の数 (延べ人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	左のうち、医療的配慮 (人工呼吸器・酸素療 法・喀痰吸引等)が必要 な者 (延べ人数) (R5.12.1時 点) (R4.12.1~R5.11.30)	入所(居)者、 利用者に医療的 配慮が必要の者 の割合	設置場所は適切か ※2	設置に当たって耐 震性が確保されて いることが分かる 資料の整備	国土強韌 化地域計 画への明 記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCPの策定状況		避難確保計画		非常災害対策計画		該当の場合のみ入力			備考																
																						BCP(事 業継続計 画)の策 定状況	作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期	機種が可搬 (ポータブ ル)型の場 合は「○」		AC列が 「○」の場 合、その理 由説明資料 を提出した	併設される 老人短期入 所施設があ る場合は 「○」	AE列が 「○」の場 合、面積按 分を行って いる													
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-				-	-				#DIV/0!			有																											
2			#N/A															#DIV/0!																													
3			#N/A															#DIV/0!																													
4			#N/A															#DIV/0!																													
5			#N/A															#DIV/0!																													
6			#N/A															#DIV/0!																													
7			#N/A															#DIV/0!																													
8			#N/A															#DIV/0!																													
9			#N/A															#DIV/0!																													
10			#N/A															#DIV/0!																													
11			#N/A															#DIV/0!																													
12			#N/A															#DIV/0!																													
13			#N/A															#DIV/0!																													
14			#N/A															#DIV/0!																													
15			#N/A															#DIV/0!																													

<記載要領>
 ・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。
 ・**一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**
 ・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)
 ※1 国の補助率10/10(定額)を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。
 ※2 浸水等が想定される場所、大規模地震の際に揺れの激しい場所に設置を検討していないか

高齢者施設等の非常用自家発電設備整備事業

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県(入力不要)	市区町村	実施主体(自治体名)	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の支出 (予定)額 (千円)	対象経費の支出 (予定)額の 1/2 (千円)	交付基準額 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)	全入所(居)者、 利用者の数(延べ 人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	左のうち、医療的配慮 (人工呼吸器・酸素療 法・喀痰吸引等)が必要 な者 (R5.12.1時 点) (R4.12.1~ R5.11.30)	入所(居)者、利 用者に医療的配慮 が必要の者の割合	設置場所は適切か ※ 通・不遇の別	設置に当たって耐 震性が確保されて いることが分かる 資料の整備	国土強靱化 地域計画へ の明記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCP(事業継続計 画)の策 定状況		避難確保計画		非常災害対策計画		該当の場合のみ入力					備考			
																							作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	機種が可搬 (ポータブル)型の場合 は「○」	AD列が「○」 の場合、その 理由説明資料 を提出した	併設される老 人短期入所施 設がある場合 は「○」	AF列が「○」 の場合、面積 按分を行って いるか					
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			—						—	—						有																
2			#N/A																																		
3			#N/A																																		
4			#N/A																																		
5			#N/A																																		
6			#N/A																																		
7			#N/A																																		
8			#N/A																																		
9			#N/A																																		
10			#N/A																																		
11			#N/A																																		
12			#N/A																																		
13			#N/A																																		
14			#N/A																																		
15			#N/A																																		

<記載要領>
 ・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。
・一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)
 ・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)
 ※浸水等が想定される場所、大規模地震の際に揺れの激しい場所に設置を検討していないか

社会福祉連携推進法人等による高齢者施設等の防災改修等支援事業

No.	所管厚生局	都道府県 コード	都道府県 (入力不要)	市区町村	実施主体 (自治体名)	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の実支出 (予定)額 (千円)	対象経費の実支出 (予定)額の 1/2 (千円)	交付基準単価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)	全入所(居)者、 利用者の数(延べ 人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~ R5.11.30)	左のうち、医療的配慮 (人工呼吸器・酸素療 法・喀痰吸引等)が必要 な者 (延べ人数) (R5.12.1時 点) (R4.12.1~R5.11.30)	入所(居)者、利用 者に医療的配慮が必要 の者の割合	国土強靱化 地域計画への 明記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCPの策定状況		避難確保計画		非常災害対策計画		備考				
																					BCP(事業継続計 画)の策 定状況	作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期					
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-						-	-					有											
2			#N/A																												
3			#N/A																												
4			#N/A																												
5			#N/A																												
6			#N/A																												
7			#N/A																												
8			#N/A																												
9			#N/A																												
10			#N/A																												
11			#N/A																												
12			#N/A																												
13			#N/A																												
14			#N/A																												
15			#N/A																												

<記載要領>

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・**整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)

高齢者施設等の給水設備整備事業

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県(入力不要)	市区町村	実施主体(自治体名)	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記)	総事業費(千円)	対象経費の実支出(予定)額(千円)	対象経費の実支出(予定)額の1/2(千円)	交付基準単価(千円)	交付予定額(千円)	地方負担額(千円)	全入所(居)者、利用者の数(延べ人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~R5.11.30)	左のうち、医療的配慮(人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等)が必要な者(延べ人数) (R5.12.1時点) (R4.12.1~R5.11.30)	入所(居)者、利用者に医療的配慮が必要な者の割合	設置場所は適切か ※ 適・不適の別	設置に当たって耐震性が確保されていることが分かる資料の整備	国土強靱化地域計画への明記	福祉避難所指定(協定)状況	BCP(事業継続計画)の策定状況	BCPの策定状況			非常災害対策計画			該当の場合のみ入力			備考				
																								作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	作成時期	作成状況	併設される老人短期入所施設がある場合は「○」	AB列が「○」の場合、面積按分を行っているか	面積案分を行っていない場合、その理由説明資料を提出した					
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-						-	-						有																
2			#N/A															#DIV/0!																			
3			#N/A															#DIV/0!																			
4			#N/A															#DIV/0!																			
5			#N/A															#DIV/0!																			
6			#N/A															#DIV/0!																			
7			#N/A															#DIV/0!																			
8			#N/A															#DIV/0!																			
9			#N/A															#DIV/0!																			
10			#N/A															#DIV/0!																			
11			#N/A															#DIV/0!																			
12			#N/A															#DIV/0!																			
13			#N/A															#DIV/0!																			
14			#N/A															#DIV/0!																			
15			#N/A															#DIV/0!																			

<記載要領>

- ・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。
- ・**整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**
- ・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。(例) 一施設に1日15人が365日間利用した場合 15×365=5,475 (5,475を記入)
- ※浸水等が想定される場所、大規模地震の際に揺れの激しい場所に設置を検討していないか

高齢者施設等のブロック塀改修支援事業

No.	所管厚生局	都道府県 コード	都道府県 (入力不 要)	市区町村	実施主体(自治 体名)	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのど のような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額の 1/2 (千円)	交付基準単 価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)	国土強靱 化地域計 画への明 記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCPの策定状況		非常災害対策計画			備考
																		BCP(事 業継続計 画)の策 定状況	作成時期	作成状況	作成時期		
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-						-	-	有							
2			#N/A																				
3			#N/A																				
4			#N/A																				
5			#N/A																				
6			#N/A																				
7			#N/A																				
8			#N/A																				
9			#N/A																				
10			#N/A																				
11			#N/A																				
12			#N/A																				
13			#N/A																				
14			#N/A																				
15			#N/A																				

<記載要領>

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)

高齢者施設等における換気設備の設置に係る経費支援事業

No.	所管厚生局	都道府県 コード	都道府県 (入力不 要)	市区町村	実施主体(自治 体名)	施設の種 類	施設の名称	整備計画名	事業内容 (どのような危険性を改善するためのど のような事業内容か、具体的に明記)	総事業費 (千円)	対象経費の 実支出(予 定)額 (千円)	交付基準単 価 (千円)	交付予定額 (千円)	地方負担額 (千円)※	国土強韌 化地域計 画への明 記	福祉避難 所 指定(協 定)状況	BCPの策定状況		非常災害対策計画		備考	
																	BCP(事 業継続計 画)の策 定状況	作成時期	作成状況	作成時期		
1	九州厚生局	46	鹿児島県	鹿児島市	鹿児島市			-					-	-	有							
2			#N/A																			
3			#N/A																			
4			#N/A																			
5			#N/A																			
6			#N/A																			
7			#N/A																			
8			#N/A																			
9			#N/A																			
10			#N/A																			
11			#N/A																			
12			#N/A																			
13			#N/A																			
14			#N/A																			
15			#N/A																			

<記載要領>

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・**一整備計画につき一行で入力してください。(セルの結合はしないでください。)**

※国の補助率10/10(定額)を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。