

八百津町医療従事者等慰労金支給 事業のお知らせ

新型コロナウイルス感染症が拡大する中で、感染の危険と隣り合わせで就業する医療従事者や職員のみなさまに対して慰労金を支給します。

支給金額 1人につき**3万円**（1回限り）

対象となる方 次の勤務要件をすべて満たし、(1)もしくは(2)に該当する方。

＜勤務要件（対象期間）＞

- ・令和3年6月1日から9月30日までの期間に1日以上勤務している方
 - ・対象となる事業所に勤務し「患者や利用者との接触を伴い」かつ「継続して提供することが必要な業務」に合致する状況下で働いている医療従事者や職員の方^(※1)
- (※1) 医療従事者や職員には、派遣労働者のほか、業務委託受託者の従事者を含みます。

(1)八百津町内にある対象となる事業所に勤務している医療従事者や職員
(町内・町外在住問わず)

(2)八百津町以外にある対象となる事業所に勤務している医療従事者や職員で、
かつ、当該事業所に勤務している日において、八百津町の住民基本台帳に
記録されている方
(町内在住者に限る)

対象となる事業所

令和2年度に岐阜県等が実施した下記事業の支給対象となった事業所

- ・新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金交付事業
- ・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
- ・障害福祉サービス事業所、施設等に勤務する職員に対する慰労金の支給事業

※対象となる事業所の詳細は、裏面をご覧ください。

申請方法

申請書と必要書類を八百津町役場 総務課または各出張所へ提出してください。(郵送申請可)
※町内にある対象事業所は、事業所を通じての申請も可能です。
(書類はホチキスで止めてご提出ください。)

＜必要書類＞

- 申請書 : 必要事項を記入してください。
- 本人確認書類の写し : 運転免許証、マイナンバーカード(個人番号カード)、健康保険証等のいずれか1点の写しを申請書裏面に貼付けてください。
- 振込口座の通帳等の写し : 金融機関名、口座番号、口座名義人がわかる通帳やキャッシュカードの写しを申請書の裏面に貼付けてください。
(※申請者本人の名義のものに限ります。)
- 事業所就業証明書 : 事業所から就業証明を受けてください。

※申請書の取得方法は、

- ①八百津町ホームページ(<https://www.town.yaotsu.lg.jp/>)よりダウンロード
- ②八百津町役場2階総務課、役場各出張所でお受け取りください。



申請受付期間

令和3年7月1日(木曜日)～令和3年10月15日(金曜日)まで
(※郵送申請の場合は10月15日消印有効)

その他

- ・支給対象事業所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。
- ・複数の慰労金の申請を行うことはできません。

【お問い合わせ・提出先】

八百津町役場 総務課 政策調整係

〒505-0392 岐阜県加茂郡八百津町八百津3903番地2
電話：0574-43-2111 (内線2212・2394)

支給対象となる事業所

◆医療機関等

区分	施設・事業所種別
医療機関等	病院、診療所、医科、歯科

◆介護サービス事業所、施設等

区分	施設・事業所種別
訪問系サービス事業所	訪問介護事業所、訪問入浴介護事業所、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所、夜間対応型訪問介護事業所、居宅介護支援事業所、福祉用具貸与事業所、居宅療養管理指導事業所
通所系サービス事業所	通所介護事業所、地域密着型通所介護事業所、療養通所介護事業所、認知症対応型通所介護事業所、通所リハビリテーション事業所
短期入所系サービス事業所	短期入所生活介護事業所、短期入所療養介護事業所
多機能型サービス事業所	小規模多機能型居宅介護事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所
介護施設等	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、介護療養型医療施設、認知症対応型共同生活介護事業所、養護老人ホーム、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

※いずれも指定による介護予防サービスおよび介護予防・日常生活支援総合事業（指定サービス・介護予防ケアマネジメント・地域包括支援センター）を含む。

◆障害福祉サービス事業所、施設等

区分	施設・事業所種別
通所系サービス事業所	生活介護、療養介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス
短期入所サービス事業所、障害者施設等	障害者支援施設、共同生活援助、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設
訪問系サービス事業所	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、自立生活援助、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援
相談系サービス事業所	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
障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業の事業者であって、当該地域における緊急事態宣言発令中に自治体からの要請を受けて業務を継続していた事業所	移動支援事業、地域活動支援センター、福祉ホーム、基幹相談支援センター、障害者相談支援事業、訪問入浴サービス、日中一時支援、盲ろう者向け通訳・介助員派遣事業、盲人ホーム

Q & A

(問) 慰労金の趣旨を教えてください

(答) 慰労金は、以下の趣旨を踏まえ、医療従事者等の皆様に慰労金を給付するものです。
①感染すると重症化するリスクが高い患者や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
③医療機関等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

(問) 「患者や利用者との接触を伴い」の趣旨を教えてください。

(答) 例えば、病棟や外来などの診療部門で患者の診療に従事したり、受付、会計等窓口対応を行う職員は通常該当します。また、利用者との接触には、身体的接触に限られるものではなく、対面する、会話する、同じ空間で作業する場合も含まれます。患者や利用者がある建物から離れた別の建物に勤務し、物理的に患者や利用者に出会う可能性が全くないような場合は対象とはなりません。なお、「患者」とは新型コロナウイルス感染症患者（疑い患者）に限られません。他の疾病による患者も含まれます。

(問) 「継続して提供することが必要な業務」の趣旨を教えてください。

(答) 一定の期間継続的に提供することを前提とした業務であれば対象となります。

(問) 対象となる「医療従事者や職員」には、医師、看護師等専門職以外も含まれるのでしょうか？また、正社員、非常勤、嘱託、パート、アルバイト、派遣労働者等、雇用形態等により限定されるのでしょうか？委託業者の職員についても対象となりますか？

(答) 資格や職種による限定はありません。また雇用形態等による限定もありません。委託業者の職員であっても医療機関等における勤務内容によって対象となります。

(問) 支給対象期間中（令和3年6月1日から9月30日）、医療・介護・障がいの各施設等に勤務していたが、どのようにすみわけすればよいですか？

(答) どちらの区分でも申請していただくことが可能です。ただし重複申請は認められません。

(問) 既に退職している場合は、支給対象外となるのですか？

(答) 支給対象期間中（令和3年6月1日から9月30日）1日以上勤務し、患者や利用者とする業務に従事していれば支給対象となります。勤務していた元の事業所の証明を得た上で申請してください。

(問) 支給対象者が亡くなっている場合、相続人が慰労金の支給を受けることができますか？

(答) 町が申請内容を確認した後に行う支給決定により、慰労金受給の権利が発生するため、町の支給決定前に亡くなられた方は慰労金を受給することができません。

(問) 慰労金は課税所得となるのでしょうか。

(答) 慰労金は非課税所得となります。

【お問い合わせ・提出先】

八百津町役場 総務課 政策調整係

〒505-0392 岐阜県加茂郡八百津町八百津3903番地2
電話：0574-43-2111（内線2212・2394）

記入例

八百津町医療従事者等慰労金支給申請書

申請日 令和 3年 7月 1日

八百津町長 様

八百津町医療従事者等慰労金の支給を受けたいので、八百津町医療従事者等慰労金支給要綱第5条の規定により申請いたします。

1 申請者の氏名等

Table with 3 columns: (フリガナ) 氏名, 現住所, 生年月日. Includes handwritten entries like 'ヤオツ タロウ', '〒505-0392', and '平成 3年 7月 1日'.

※自宅・勤務先・携帯のいずれかを記入し、該当に○をつけてください。

2 事業所(勤務先)の名称等

Table with 3 columns: 名称, 住所, 種類. Includes handwritten entries like '八百津××病院' and '医療'.

※該当に○をつけてください。

3 慰労金の振込先(申請者本人の名義に限る)

Table for financial institution details including 金融機関名, (支店コード) 支店名, 口座種別, 口座番号, (フリガナ) 口座名義人.

※振込先に応じてご記入ください。

Table for bank details including ゆうちょ銀行, 通帳記号, 通帳番号, (フリガナ) 口座名義人.

※必ず申請者本人の名義の振込先を記入し、裏面に通帳もしくはキャッシュカードの写しを貼付してください。

4 次の事項に同意の上、慰労金を申請します。

- List of 5 conditions for applying for relief funds, including eligibility and agreement to document review.

※裏面に、本人確認書類及び振込先金融機関口座確認書類の写しを貼り付けて下さい。

記入例

事業所就業証明書

(八百津町医療従事者等慰労金支給申請用)

※申請者本人が記入してください。

Table for applicant information: 申請者, 現住所, 氏名.

事業所での職種区分

Table for job classification with options (1)医師 through (15)その他.

※該当する従事者区分がない場合は、「(15)その他」に職種をご記入ください。

上記の申請者は、令和3年6月1日から令和3年9月30日までの期間において、当事業所で医療従事者等として勤務している又は勤務していたことを証明する。

※事業所に依頼し、事業所が記入してください。

令和 3年 7月 1日

事業所 所在地 八百津町八百津3827番地1

名称 八百津××病院

代表者 八百津 花代

電話番号 0574-43-2111

