

様式第1号別紙1

事業所・施設別個表

フリガナ	○○○○○○○○○○○○			介護保険事業所番号	
事業所・施設の名称	有料老人ホーム○○○				000000
提供サービス	有料老人ホーム (定員30人以上)	定員	40	人	
事業所・施設の所在地	(郵便番号 000 - 0000) 旭川市○○条○○丁目○番○号			※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載	
連絡先	電話番号	0166-00-0000	E-mail	aaaa@****.***.***	
管理者の氏名	○○○○○○				

補助対象区分	<input checked="" type="checkbox"/>	(ア)新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等 (休業要請を受けた事業所・施設等を含む) → (ア)を記載
	<input type="checkbox"/>	(イ)新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅サービスを提供する通所系サービス事業所 ((ア)①、③に該当しない場合) → (イ)を記載
	<input type="checkbox"/>	(ウ)感染症の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査をした介護施設等 (以下)のいずれかに該当の利用者の受け入れや派遣を行う事業所・施設等 → (ウ)を記載

該当する区分にチェックしてください。

「別紙2」に転記する数字

(ア)新型コロナウイルス感染者が発生又は濃厚接触者に対応した介護サービス事業所・施設等

基準単価	1,480 千円	所要額	458 千円
------	----------	-----	--------

該当する区分にチェックし、各欄に記載してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等					
	感染者が発生した最初の日	3年	4月	5日		
	職場環境の復旧等の完了日	3年	4月	19日		
	感染者数	利用者	2人	職員	1人	
<input type="checkbox"/>	②濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等					
	濃厚接触者と判断された最初の日	年				
	対応終了日	年				
<input type="checkbox"/>	③市から休業要請を受けた通所系サービス事業所、短期入所系サービス事業所					
	休業要請に伴い休業した期間	年	月	日 ~ 年	月	日
<input type="checkbox"/>	④感染症の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査をした介護施設等 (①、②の場合を除く)					
<input type="checkbox"/>	⑤病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った高齢者施設等					

該当する区分にチェックし、日付や人数等を入力してください。

経費内訳 【緊急時の介護人材確保に係る費用】 【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】

科目	所要額(円)	用途・品目・数量等
職員手当	300,000	〇〇手当 @30,000円×10人=300,000円
旅費	35,000	帰宅困難職員宿泊費 @5,000×1人×7日
委託料	100,000	消毒業務委託一式 100,000円
需用費	23,100	防護服 @23,100円(140枚入)
計	458,100	

「用途・品目・数量等」欄は、別紙の添付も可です。

プルダウンリストから選択してください。

上記区分④に該当する場合のみ申請可。「別紙3」の提出が必要です。

④自費検査費用

⑤施設内療養費

⑤に該当する場合のみ申請可。「別紙4」の提出が必要です。1人あたり1万円×日数(上限15万円)。

(イ)新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅サービスを提供する通所系サービス事業所

		基準単価	千円	所要額	千円		
訪問サービスの実施期間		年	月	日	年	月	日
経費内訳 【緊急時の介護人材確保に係る費用】 【職場環境の復旧・環境整備に係る費用】							
科目	所要額(円)	用途・品目・数量等					
計							

**(ウ)感染者が発生した介護サービス事業所・施設等の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に
応援職員の派遣を行う事業所・施設等**

		基準単価	760 千円	所要額	千円		
連携した事業所・施設の名称							
連携した事業所・施設の種別							
連携した期間		年	月	日	年	月	日
経費内訳 【緊急時の介護人材確保に係る費用】							
科目	所要額(円)	用途・品目・数量等					
計							