令和５年度 群馬県介護サービス提供体制確保事業調査票

令和５年　月　日

（法人住所）〒　　－

群馬県

（法 人 名）

* 別紙１「介護サービス提供体制確保事業のお知らせ」を確認いただき、要件に該当することになった場合のみ回答してください。
* 回答は法人単位で提出してください。（事業所ごとではありません。）

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | 【担当者】【電　話】【メール】 |
|

　※本調査は所要額を把握するためのものです。補助は予算の範囲で行います。

補助要望額　　　　　　円（事業所ごとの総合計。千円未満切り捨て）

以下、対象となる事業所・施設ごとに記載してください。

* 感染症が発生した事業所・施設については、本調査票提出時点の利用者、職員別の陽性者数、最初に陽性が判明した方の判明日を記入してください。
* 要件①～⑥については別紙をご覧ください。
* 令和5年5月8日以降の施設内療養費用は要件が変更となります。「高齢者施設等での感染対策を含む施設内療養の体制に関する調査について（照会）」（令和5年4月10日付け、介高第924－2号照会文書）で実施した調査において、すべての要件を満たすことが確認された事業所・施設のみが対象となります。
* 「費用の内訳」は適宜追加・削除等してください。（赤字は例ですので削除してください。）

|  |
| --- |
| **事業所・施設名:**　有料老人ホーム○○**事業所・施設等の種別：**　有料老人ホーム（定員29人以下）**陽性が判明した利用者と職員数：利用者　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）****職　員　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）**　　　 |
| 要件 | 費用の内訳 |
|  | 人件費　　　　　円衛生用品　　　　円（必要分－備蓄分＝不足分）※不足分のみが対象となります |
|  | 人件費　　　　　円衛生用品　　　　円（必要分－備蓄分＝不足分）※不足分のみが対象となります。 |
|  | 人件費　　　　　円衛生用品　　　　円（必要分－備蓄分＝不足分）※不足分のみが対象となります。 |
|  | 　　　　　　円×　　　　　　　人＝　　　　　　　　円 |
|  | 人件費　　　　　　　円 |
|  | 施設内療養費用　　　　　　　円 |
| 計 | **円**（千円未満切り捨て）　 |

|  |
| --- |
| **事業所・施設名:**　 **事業所・施設等の種別：****陽性が判明した利用者と職員数：利用者　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）****職　員　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）** |
| 要件 | 費用の内訳 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 | **円**（千円未満切り捨て）　 |

|  |
| --- |
| **事業所・施設名:**　 **事業所・施設等の種別：**　**陽性が判明した利用者と職員数：利用者　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）****職　員　　人（うち初発陽性者判明日　月　日）**　 |
| 要件 | 費用の内訳 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 | **円**（千円未満切り捨て）　 |