

(別添4)

事業所・施設別個票(令和5年度に生じた費用分)【R5.4.1～R5.5.7】

事業所・施設の状況	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム ヤマダチケン		介護保険事業所番号	
	事業所・施設の名称	特別養護老人ホーム 山口県			3500000000
	提供サービス	介護老人福祉施設	定員	50	人
	事業所・施設の所在地	(郵便番号 753 - 8501 )		※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載	
		山口県滝町1番1号			
	連絡先	電話番号	083-933-2774	E-mail	kaigohoken@pref.yamaguchi.lg.jp
管理者の氏名	山口 太郎				

○事業所区分

- 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
- ② 濃厚接触者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所サービス事業所
- ③ 山口県又は下関市から休業要請を受けた通所系サービス事業所
- ④ 感染等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実施した介護施設等(①、②の場合を除く)
- ⑤ 病床ひっ迫等により、やむを得ず施設内療養を行った介護施設等
- ⑥ ①、③以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護施設等を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅訪問介護サービス等を提供している事業所
- ⑦ 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

事業所・施設情報を入力してください。

…この色は直接記入していただく場所です。

…この色はプルダウンから選択していただく場所です。

1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所(上の事業所区分①～⑥に該当する事業所)

基準額	1,900 千円	実支出額① (施設内療養費以外)	400 千円	実支出額② (施設内療養費分)	1,940 千円
助成対象の区分	①	※上の事業所区分から該当する番号を1つ選択して記入(複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)		※積算内訳の①の額の千円未満切り捨て	
取組内容	※該当する取組をチェックすること				
(1) 事業所区分①から③に該当する事業所・施設	上の事業所区分から該当する番号を1つ選択して記入してください。(複数該当する場合には一番小さい番号を記入)				
内容	<input type="checkbox"/> ア 職員の感染等による人材不足に伴う介護人材確保に係る費用 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用 <input type="checkbox"/> 連携機関との連携に係る旅費 <input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用				
内容	<input type="checkbox"/> イ 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保に係る費用 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料				
内容	<input type="checkbox"/> ウ 介護サービス事業所・施設等の消毒・清掃費用 <input type="checkbox"/> 自施設や自法人の職員で実施 <input type="checkbox"/> 外部委託により実施				
内容	<input type="checkbox"/> エ 感染性廃棄物の処理費用				
内容	<input type="checkbox"/> オ 感染者又は濃厚接触者が発生して在庫の不足が見込まれる介護用品の確保に係る費用				
内容	<input type="checkbox"/> カ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保(使用料) <input type="checkbox"/> ヘルパー同行指導への謝金 <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費 <input type="checkbox"/> 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)				
(2) 事業所区分④に該当する介護施設等	<input type="checkbox"/> 一定の要件に該当する自費検査費用				
(3) 事業所区分⑤に該当する高齢者施設等	<input type="checkbox"/> 感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用				
(4) 事業所区分⑥に該当する事業所	※代替サービス提供期間の分に限り				
内容	<input type="checkbox"/> ア 通所系サービスの代替サービス提供に伴う介護人材の確保 <input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 損害賠償保険の加入費用				
内容	<input type="checkbox"/> イ 通所系サービスの代替サービス提供のための費用 <input type="checkbox"/> 代替場所の確保(使用料) <input type="checkbox"/> ヘルパー同行指導への謝金 <input type="checkbox"/> 代替場所や利用者宅への旅費 <input type="checkbox"/> 訪問サービス提供に必要な車や自転車のリース費用 <input type="checkbox"/> 通所できない利用者の安否確認等のためのタブレットのリース費用(通信費用は除く)				
(5) その他【共通】	※(1)～(4)の他の取組がある場合には記載すること。				

申請する内容について、該当する項目にチェックを入れてください。

2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所(上の事業所区分⑦に該当する事業所)

		基準額	950 千円	実支出額	100 千円
助成対象の区分	①	※下表から該当する番号を1つ選択して記入 (複数該当する場合には一番小さい番号のものを記入)		※積算内訳の②の額の千円未満切り捨て	
<input type="checkbox"/> ① 事業所区分①又は③に該当する介護サービス事業所・施設等の連携先の介護サービス事業所・施設等 <input type="checkbox"/> ② 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に連携先を指定する介護サービス事業所・施設等					
取組内容		※該当する取組をチェックすること			
(1)⑦に該当する事業所		<input type="checkbox"/> 連携により緊急時の人材確保支援を行うための費 <input type="checkbox"/> 感染が発生した事業所・施設等からの利用者の受け入れに伴う介護 <input type="checkbox"/> 感染が発生した事業所・施設等への介護人材の応援派遣に係る費用 ※感染が発生した事業所・施設等名( <u>介護医療院 山口県</u> )			
種別	<input type="checkbox"/> 緊急雇用に係る費用 <input type="checkbox"/> 割増賃金・手当 <input type="checkbox"/> 職業紹介料 <input type="checkbox"/> 職員派遣に係る旅費・宿泊費				
内容	<input type="checkbox"/> 職員派遣に係る旅費・宿泊費				
(2)その他 ※(1)の他の取組がある場合には記載すること。					

上の事業所区分から該当する番号を1つ選択して記入してください。(複数該当する場合には一番小さい番号を記入)

申請する内容について、該当する項目にチェックを入れてください。

○積算内訳

1. 実施要綱2のアの(ア)及び(イ)に該当する事業所(上の事業所区分①～⑥に該当する事業所)

①施設内療養費以外

取組内容	費目	実支出額①(円)	用途・品目・数量等
(1)	危険手当	100,000	4月10日～4月20日の間、感染対応に従事した職員●名分の危険手当
	消毒費用	100,000	4月10日・4月20日に実施した施設の消毒費用
	廃棄物処理費用	100,000	4月10日・4月20日に行った廃棄物の処理費用(ペール缶●個分)
	衛生用品購入費用	100,000	消毒液●個、ガウン●枚、マスク●枚、手袋●枚、使い捨て食器●枚
(2)			
(4)			
合計(①)		400,000	

1ページ目の取組内容にチェックした場合、その内容について、積算の内訳を記載してください。  
※施設内療養費については下段に記載

②施設内療養費分

取組内容	費目	実支出額②(円)	日数・人数等
(3)	施設内療養費	1,030,000	10万円×10名=1,000,000円 3万円×1名=80,000円
	追加補助	910,000	1万円×延べ91日=910,000円
合計(②)		1,940,000	

施設内療養費がある場合、積算の内訳を記載してください。

2. 実施要綱2のアの(ウ)に該当する事業所(上の事業所区分⑦に該当する事業所)

事業区分	費目	実支出額(円)	用途・品目・数量等
(1)	危険手当	100,000	法人介護医療院へ派遣した介護士●名に支給した危険手当(派遣期間4月10日～4月20日)
合計(③)		100,000	

2ページ目の取組内容にチェックした場合、その内容について、積算の内訳を記載してください。