

(様式3) 事業所・施設等別個票【令和5年度(令和5年5月8日以降)に生じた費用分】

事業所・施設等の状況	フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇荘			介護保険事業所番号	0900000000		
	事業所・施設等の名称	特別養護老人ホーム〇〇荘						
	サービス種別	介護老人福祉施設		定員	50 人			
	事業所・施設等の所在地	(郵便番号 320 - 8501) 宇都宮市埴田1-1-20			※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	028-623-3149		E-mail	kaigohoken@pref.tochigi.lg.jp		
管理者の氏名	施設長 栃木 太郎							
区分	<input checked="checked" type="checkbox"/> (ア)、(イ) <input type="checkbox"/> (ウ)							
(ア)、(イ)		基準単価	1,900 千円	所要額① (施設内療養費を除く)	348 千円	所要額② (施設内療養費分)	2,000 千円	
助成対象の区分		※下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)					※別紙の①の額の千円未満切り捨て	
<p>ア 対象となる事業所・施設等</p> <p>(ア) 新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者(感染者と同居している場合に限る。以下同じ)に対応した介護サービス事業所・施設等</p> <p>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(職員に感染者と接触があった者が複数発生し、職員が不足した場合を含む)(※1~※4)</p> <p>②感染者と接触があった者に対応した訪問系サービス事業所(※2)、短期入所系サービス事業所(※3)、介護施設等(※1)</p> <p>③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)(※1)</p> <p>④施設内療養を行った高齢者施設等(※5)</p> <p>(イ) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所(※4)</p> <p>(ア)①以外の通所系サービス事業所(小規模多機能型居宅介護事業所及び看護小規模多機能型居宅介護事業所(通いサービスに限る)を除く)であって、当該事業所の職員により、居宅で生活している利用者に対して、利用者からの連絡を受ける体制を整えた上で、居宅を訪問し、個別サービス計画の内容を踏まえ、できる限りのサービスを提供した事業所(通常形態での通所サービス提供が困難であり、休業を行った場合であって、感染を未然に防ぐために代替措置を取った場合(近隣自治体や近隣事業所・施設等で感染者が発生している場合又は感染拡大地域で新型コロナウイルス感染症が流行している場合(感染者が一定数継続して発生している状況等)に限る))</p>								
＜積算内訳①：施設内療養費を除く＞			各対象経費の所要額については、具体的な積算が分かるように記載してください。		用途・品目・数量等			
費目	所要額①(円)							
衛生用品	162,800	サージカルマスク44,000円(@220円×20箱(50枚入))、アインレーションガウン110,000円(@11,000円×10箱(100枚入))、ディスプレイブルグローブ3,300円(@330円×10箱(100枚入))、消毒用アルコール5,500円(@5,500円×1L)						
割増賃金	110,000	残業手当〇名分50,000円、危険手当〇名分60,000円 別添表のとおり						
宿泊費	66,000	宿泊費4名分6,600円×10泊						
感染性廃棄物処理費	10,000	1回10,000円						
合計	348,800							
＜積算内訳②：施設内療養費分＞			施設内療養が発生している場合は、下記様式も併せて提出してください。 ・「感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の補助に係るチェックリスト」(参考1~3) ・「施設内療養者一覧」					
費目	所要額②(円)	人数・日数等						
施設内療養費	2,000,000	別添施設内療養者一覧のとおり						
合計	2,000,000							