別添２

新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業所等に対する

サービス継続支援事業（令和４年度実施分）個別協議書（個票）

　〈熊本県〉

（１）障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援事業

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **○基本事項** | | | | | |
| 協議を行う施設・事業所の名称 | | |  | | |
|  | | | | | |
| **○所要額等（千円）** | | | | | |
| 所要額（※個別協議書のＢ欄と一致） | | | | 千円 | |
| 今回協議額（※同Ｄ欄と一致） | | | | 千円 | |
| これまでに個別協議の承認を受けたことがある場合は承認年月日 | | | | 令和○年○月○日、令和○年○月○日 | |
|  | | | | | |
| **○事業概要** | | | | | |
| **・施設・事業所の状況** | | | | | |
| ※具体的な内容がわかるよう詳細に記載すること。  ※①（ア）～（オ）について、該当するもの全ての状況を記載。該当のない項目は適宜削除して差し支えない。  **①　事業所・施設等における感染者の発生状況等**  *※下記（ア）～（オ）は実施要綱３（１）ア（ア）①～⑤に対応します。*  **（ア）利用者又は職員に新型コロナウイルスの感染者（職員に濃厚接触者）が発生した施設・事業所***（感染状況（いつ、誰が（職員・利用者）、何名など））*  **（イ）濃厚接触者に対応した施設・事業所***（対応状況（いつ、何名など））*  **（ウ）都道府県等から休業要請を受けた事業所***（要請状況（いつ、要請元、要請理由、期間、など））*  **（エ）感染等の疑いの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施設等***（検査経緯（いつ、どのような者に対し、どのような理由で施設等として感染疑いがあると判断したのか。また、保健所等による判断は、いつ、どこの機関が、どのような理由で行政検査の対象外と判断したのか。など））*  **②　感染者等の発生後の対応内容***（①の発生状況等を踏まえ、どのような対応をどのくらいの期間行ったか）*  **③　通常のサービス提供時と比較して、追加的に発生した費用の状況***（②の対応により、どのような費用が発生したか）* | | | | | |
| **・今回協議額の詳細（個別協議書のＤ欄に対応する経費を記載）** | | | | | |
| 対象経費の  支出予定額（円） | | 積算内訳  （必要に応じ資料を添付すること） | | | 備考 |
|  | |  | | |  |
| 合計 | 円 |  | | |  |

※積算内訳は、単に「需用費」「委託費」等とだけでなく、どのような経費に対して支出するのか内容がわかるよう具体的に記載すること。

※なお、所要額の合計に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てて記載すること。

（２）障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援事業

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **○基本事項** | | | | | |
| 協議を行う施設・事業所の名称 | | |  | | |
|  | | | | | |
| **○所要額（千円）** | | | | | |
| 所要額（※個別協議書のＦ欄と一致） | | | | 千円 | |
| 今回協議額（※同Ｈ欄と一致） | | | | 千円 | |
| これまでに個別協議の承認を受けたことがある場合は承認年月日 | | | | 令和○年○月○日、令和○年○月○日 | |
|  | | | | | |
| **○事業概要** | | | | | |
| **・事業所・施設等の状況** | | | | | |
| ※具体的な内容がわかるよう詳細に記載すること。  ※利用者の受け入れ及び応援職員の派遣ともに該当する場合は両方記載。  **①　利用者の受入元及び受入先施設・事業所の状況又は応援職員の派遣元及び派遣先施設・事業所の状況***（関係する施設・事業所の名称・サービス種別、感染状況（いつ、誰が（職員・利用者）、何名、期間など）、連携の内容など）*  **②　受入利用者又は応援派遣職員の内訳***（職種（応援派遣職員に限る）、人数、受け入れ又は派遣の期間など）*  **（ア）受け入れ利用者について**   |  |  | | --- | --- | | 実人数 | 受け入れ期間 | | 人 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | | 人 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | | 人 | 合計 |   **（イ）応援派遣職員について**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 職種 | 実人数 | 派遣期間 | |  | 人 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |  | 人 | ○○年○○月○○日～○○年○○月○○日 | |  | 人 | 合計　　　人 |   **（ウ）その他補足すべき説明があれば記載。**  **③　通常のサービス提供時と比較して、追加的に発生した費用の状況***（②の対応により、どのような費用が発生したか）*  **（ア）利用者の受入れについて**  **（イ）応援職員の派遣について** | | | | | |
| **・今回協議額の詳細（個別協議書のＨ欄に対応する経費を記載）** | | | | | |
| 今回協議額（円） | | 積算内訳  （必要に応じ資料を添付すること） | | | 備考 |
|  | |  | | |  |
| 合計 | 円 |  | | |  |

※積算内訳は、単に「需用費」「委託費」等とだけでなく、どのような経費に対して支出するのか内容がわかるよう具体的に記載すること。

※なお、今回協議額の合計に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てて記載すること。