別添１　令和５年度新型コロナウイルス感染症流行下における介護サービス事業所等のサービス提供体制確保事業（個別協議書）【（実施要綱）３（１）ア（ア）分】

水色のセルに必要事項を記載してください。　　**緑色のセルはプルダウンより選択してください。**

（１）どの年度に生じたかかり増し費用に対する個別協議か、当てはまる方を○で選択してください。（両年度に該当がある場合は様式を分けて記載してください）

令和５年度（**令和５年5月8日**から令和６年３月３１日まで）に生じた費用分	○

都道府県名	熊本県
法人名	社会福祉法人　熊本県庁

※事業実施主体が指定都市又は中核市の場合は当該市名

・当該年度分について初めて個別協議を行う場合は、「実際の所要額（Ｂ）」の内訳を記載してください。
・当該年度分について２回目以降の個別協議の場合は、内訳欄には「今回の協議額（引き上げ額）（Ｃ）」にあたる追加申請分のみを記載してください。
・当該年度分について既に自治体から事業所・施設等への交付を行った分がある場合は、「実際の所要額（Ｂ）」には当該交付額も含めた総額の所要額を記載してください。

（２）個別協議の対象となる事業所・施設等

年度内に既に個別協議を行い、上乗せの承認を受けている場合は、記載してください。年度内初めての個別協議の場合は空欄で結構です。

	基本情報							3（１）イ　対象経費の所要額　（左記「実際の所要額」又は「今回の協議額」の内訳の金額（円）を記載してください。）														
								ア（ア）①～⑤														
	事業所・施設等の名称	サービス種別	定員数 ※基準単価の単位が「/事業所」の場合は「１」を入力	基準額（Ａ）（円）	個別協議の承認を受けたことがある場合は、引き上げ後の基準額（Ａ’）	実際の所要額（Ｂ）（円）	**今回の協議額（引き上げ額）（B）−（A)or(A’)（C）（円）**	緊急雇用	割増賃金・手当	職業紹介料	損害賠償保険加入	宿泊費（帰宅困難職員）	旅費（連携）	自費検査 ※介護施設等のみ	消毒・清掃	感染性廃棄物処理	衛生用品購入	代替場所確保（使用料）	謝金（同行指導）	旅費（代替場所等）	リース費用（車、自転車）	リース費用（車、自転車）
当該年度分について初めて個別協議を行う場合はこちらの行に記入して下さい→	特別養護老人ホーム　熊本県庁	介護老人福祉施設	30	1,140,000		1,311,456	**171,456**	98,000	203,456					60,000	500,000		450,000					
当該年度分について２回目以降の個別協議の場合はこちらの行に記入して下さい→				#N/A		0	**0**															

（３）今回の個別協議に係る事業所・施設等の感染等の状況

感染者数・濃厚接触者		人数①		発生日①	収束日①
感染者数	職員	4	人	2023/10/1	2023/10/20
	利用者	10	人	2023/10/2	2023/10/31
感染者と接触のあった者	職員		人		
	利用者		人		

※期間の異なる複数回の感染等の申請をする場合は、上記①②に分けて状況を記載してください。

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当（**10月１日以降につきましては水色部分の記載をお願いいたします**）

○１日あたりの支給単価（日額支給の場合記載願います）

2000 円　（上限4,000円）

○支給上限額　＝　8 万円

２万円　×　支給人数 4 人　×　感染対応期間 1 ヶ月

人数②		発生日②	収束日②
	人		
	人		
	人		
	人		

※新型コロナウイルス感染症への対応に係る業務手当（**10月１日以降につきましては水色部分の記載をお願いいたします**）

○１日あたりの支給単価（日額支給の場合記載願います）

円　（上限4,000円）

○支給上限額　＝　0 万円

２万円　×　支給人数 人　×　感染対応期間 1 ヶ月

備　考（補足事項があれば記載してください。）

（４）各対象経費の概要、積算内訳（上記「緊急雇用」から「施設内療養」までのうち該当のある費目ごとに記載してください。不要な行は削除いただき、行が不足する場合は適宜新たな行を挿入してください。）

積算内訳の内容は、できる限り下表の欄内に全て記載し、やむを得ないものに限り別紙を添付するようにしてください。

	対象経費の費目	左記対象経費の概要	左記対象経費の所要額の積算内訳
1	緊急雇用	感染した職員4名の代替職員や感染症対応を行うための追加的な職員の確保のため、職員1名を緊急雇用した。	1名×10,000円×9日間＋8,000円（手数料）
2	割増賃金・手当	感染者の発生に係る対応により追加的業務の生じた職員に対して、かかり増し分の超過勤務手当及び危険手当を支給した。	超過勤務手当：123,456円（5人分、延べ50.5時間） 危険手当：80,000円（4人分、単価２,000円（１日）、延べ50日間、上限80,000円を計上）
3	自費検査	感染者と同居する職員4名、面会後に面会に来た家族が感染者であることが判明した入所者2名に対して、補助要件を満たした上で、自費検査を実施した。	6名×10,000円
4	消毒・清掃	事業所内で感染者が発生したため、事業所内の消毒を委託業者に依頼した。	500,000円（1回分）
5	衛生用品購入	感染者が発生し、マスク、ガウン、フェイスシールド、アルコール消毒液、キャップ、手袋の在庫の不足が見込まれることから、これらを購入した。	品目①マスク：50,000円（100箱分）、品目②ガウン：100,000円（2,000枚分）、品目③フェイスシールド：50,000円（300枚分）、品目④アルコール消毒液：120,000円（100リットル分）、品目⑤キャップ：30,000円（200枚分）、品目⑥手袋：100,000円（1,000枚分）

※手当については、審査にあたり「１日あたり」または「１時間あたり」の単価を確認する必要があるため、必ず記載例のとおり記載してください。

※「衛生用品等」「衛生用品他」のように「等」や「他」で省略せず、すべての種類を記載してください
※商品名ではなく品目名を記載してください（例えば、○○キラーではなく手指用消毒液、など）。（商品名では内容が判断できない可能性があります）

（５）事業所・施設等チェック項目　※チェック漏れのないようご注意ください

		チェック
1	記載内容に誤りがないことを確認した。	■
2	（２）表の「３（１）イ　対象経費の所要額」と（４）表の「積算内訳」の金額がそれぞれ一致していることを確認した。	■
3	かかり増しではない費用や対象外の経費が含まれていないことを確認した。	■