

# 個票 記載例

- 【記入方法】
- 直接ご入力してください。
  - プルダウンからお選び下さい。
  - 自動入力されます。

フリガナ	トクベツヨウゴロウジンホーム〇〇〇	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〇〇〇		12345678
サービス種別	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 990-8570) ※定員は短期入所系、入所施設、居住系のみ記載 山形県山形市松波2丁目8番1号		
感染発生日	① 令和 5 年 11 月 30 日	② 令和 6 年 2 月 1 日	③ 令和 6 年 3 月 1 日
感染対応期間	11 月 30 日 ~ 12 月 15 日	2 月 1 日 ~ 2 月 20 日	3 月 1 日 ~ 3 月 25 日
最終支払日(事業完了日)	令和 5 年 12 月 29 日	令和 6 年 3 月 5 日	令和 6 年 4 月 3 日
連絡先	電話番号 023-630-△△△△	E-mail	ykorei@pref.yamagata.jp
管理者の氏名	〇〇 △△△		
区分	<input type="checkbox"/> 第3条(1)、(2) ※該当する方に✓を入れてください <input type="checkbox"/> 第3条(3)		
第3条(1)、(2)	基準単価	1,900 千円	所要額① 952 千円
所要額②	4,500 千円		
助成対象の区分	(1) ※下から該当する区分を選択してください ※千円未満切り捨て		
(1) 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に対応した介護サービス事業所・施設等 (休業要請を受けた事業所・施設等を含む) (2) 新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、自宅サービスを提供する通所系サービス事業所			
<支出内訳①:施設内療養費を除く>			
費目	所要額①(円)	摘要	
1 衛生用品費	152,487	別添内訳のとおり	
2 割増賃金	750,000		
3 宿泊費	50,000		
合計(①)	952,487		
<支出内訳②:施設内療養費分>			
費目	所要額②(円)	人数・日数	摘要
施設内療養費用	4,500,000	15名 15日分	別添内訳のとおり
合計(②)	4,500,000		
第3条(3)	基準単価	950 千円	所要額 14 千円
助成対象の区分	(3)イ ※下から該当する区分を1つ選択してください ※千円未満切り捨て		
(3) 感染者が発生した介護サービス事業所・施設等(以下のいずれかに該当)の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応接職員の出迎を行う事業所・施設等 イ 交付要綱第3条(1)のイに該当する介護サービス事業所・施設等 ロ 感染症の拡大防止の観点から必要があり、自主的に休業した介護サービス事業所			
<支出内訳>			
費目	所要額①(円)	摘要	
1 割増賃金	14,154	別添内訳のとおり	
合計(②)	14,154		

■ 申請が施設内療養費用のみである場合は、施設内療養の終了日が事業完了日となります。

■ 3月31日までが対象です。  
※完了日が4/1以降の場合もご記入下さい。  
■ 詳しくは県Q&Aをご参照ください。

■ 「サービス種別」を選択し、定員を入力することで、基準額が表示されます。

■ 灰色の着色部分は自動で入ります。(入力不要)

※必ず『支出内訳及び支出に関する証拠書類(領収書等)』を提出ください。

■ 施設内療養費用は基準単価の範囲外となります。

■ 個票を作成いただくと【協議様式第2号 所要額調書】及び【協議様式第3号 申請額一覧】にも数字が反映されます。