（様式１）総括表

令和３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
（介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業）助成金申請書

申請年月日を記入してください

令和 4 年 1 月 18 日

島根県知事 殿

標記について、次のとおり申請します。

法人の名称・所在地を記入してください

申請者	フリガナ	シャカイフクシホウジン ■■カイ		
	名　称	社会福祉法人 ■■会		
	所在地	（郵便番号 000 - 0000 ）		
		■■■

申請額一覧のデータが自動的に表示されます

介護サービス事業所・施設における感染防止対策支援事業			事業所･施設数	申請額
入所施設・居住系	介護老人福祉施設			
	24	（定員39人以下）	0 か所	0 円
	25	（定員40人以上49人以下）	0 か所	0 円
	26	（定員50人以上69人以下）	0 か所	0 円
	27	（定員70人以上89人以下）	1 か所	60,000 円
	28	（定員90人以上）	0 か所	0 円
	地域密着型介護老人福祉施設			
	29	（定員19人以下）	0 か所	0 円
	30	（定員20人以上）	0 か所	0 円
	介護老人保健施設			
	31	（定員39人以下）	0 か所	0 円
	32	（定員40人以上49人以下）	0 か所	0 円
	33	（定員50人以上69人以下）	0 か所	0 円
	34	（定員70人以上89人以下）	0 か所	0 円
	35	（定員90人以上）	0 か所	0 円
	介護医療院			
	36	（定員29人以下）	0 か所	0 円
	37	（定員30人以上39人以下）	0 か所	0 円
	38	（定員40人以上49人以下）	0 か所	0 円
	39	（定員50人以上69人以下）	0 か所	0 円
	40	（定員70人以上）	0 か所	0 円
	介護療養型医療施設			
	41	（定員29人以下）	0 か所	0 円
	42	（定員30人以上39人以下）	0 か所	0 円
	43	（定員40人以上49人以下）	0 か所	0 円
	44	（定員50人以上69人以下）	0 か所	0 円
	45	（定員70人以上）	0 か所	0 円
	認知症対応型共同生活介護事業所			
	46	（定員14人以下）	0 か所	0 円
	47	（定員15人以上）	0 か所	0 円
	特定施設入居者生活介護			
	48	（定員19人以下）	0 か所	0 円
	49	（定員20人以上39人以下）	0 か所	0 円
	50	（定員40人以上59人以下）	0 か所	0 円
	51	（定員60人以上69人以下）	0 か所	0 円
	52	（定員70人以上89人以下）	0 か所	0 円
	53	（定員90人以上99人以下）	0 か所	0 円
	54	（定員100人以上）	0 か所	0 円
	地域密着型特定施設入居者生活介護			
	55	（定員19人以下）	0 か所	0 円
	56	（定員20人以上）	0 か所	0 円
小　　計			1 か所	60,000 円
合　　計			3 か所	80,000 円

（様式2）事業所・施設別申請額一覧

個票のデータが自動的に表示されます

（単位:円）

No.	事業所・施設名	介護保険事業所番号	サービス種別	電話番号	住所	代表となる法人名	基準単価(a)	所要額(b)	申請額(c)	審査結果（都道府県記入）
1	特別養護老人ホーム■■園	3200000001	介護老人福祉施設（定員70人以上89人以下）	0000-00-0000	島根県■■■

(様式3)事業所・施設別個票

※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載してください。

介護保険事業所番号(10桁)を記載してください。

※訪問介護事業所は訪問回数を記載してください。

事業所・施設の状況	フリガナ	ﾄｸﾍﾞﾂﾖｳｺﾞﾛｳｼﾞﾝﾎｰﾑ■■ｴﾝ		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■■園		3200000001	
	サービス種別	介護老人福祉施設（定員70人以上89人以下）	定員 80 人	訪問回数	回
	事業所・施設の所在地	（郵便番号 000 0000 ） 島根県■■■

(様式3)事業所・施設別個票

※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載してください。

介護保険事業所番号(10桁)を記載してください。

※訪問介護事業所は訪問回数を記載してください。

事業所・施設の状況	フリガナ	ﾎｳﾓﾝｶｲｺﾞｼﾞｷﾞｮｳｼｮ■■			介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称	訪問介護事業所■■			3200000002
	サービス種別	訪問介護事業所（訪問回数1,200回以下）	定員 人	訪問回数	1,111 回
	事業所・施設の所在地	（郵便番号 000 - 0000 ） 島根県■■■

(様式3)事業所・施設別個票

※定員は短期入所系、入所施設・居住系のみ記載してください。

介護保険事業所番号(10桁)を記載してください。

※訪問介護事業所は訪問回数を記載してください。

事業所・施設の状況	フリガナ	ﾃﾞｲｻｰﾋﾞｽｾﾝﾀｰ■■			介護保険事業所番号
	事業所・施設の名称	デイサービスセンター■■			3200000003
	サービス種別	通所介護事業所（通常規模型）	定員 人	訪問回数 回	
	事業所・施設の所在地	（郵便番号 000 - 0000 ） 島根県■■■