

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

1 施設内療養を実施することとなった経緯(複数の者がいる場合はまとめて記載することも可能)

保健所に感染者の入院調整を依頼したが、病床ひっ迫等により入院ができなかった。

2 チェックリスト

確認項目	
<input checked="" type="checkbox"/>	必要な感染予防策を講じた上でサービス提供を実施した。
<input checked="" type="checkbox"/>	ゾーニング(区域をわける)を実施した。
<input checked="" type="checkbox"/>	コホーティング(隔離)の実施や担当職員を分ける等のための勤務調整を実施した。
<input checked="" type="checkbox"/>	状態の急変に備えた・日常的な入所者の健康観察を実施した。
<input checked="" type="checkbox"/>	症状に変化があった場合等の保健所等への連絡・報告フローを確認した。
<input checked="" type="checkbox"/>	常時(夜間, 深夜, 早朝を含む。), 1人以上の職員を配置した。 ※やむを得ない事情により, 本要件を満たすことが難しい状況があった場合は, 「その他」に事情を記載すること。

※各項目は施設内療養時の手引きを参考に実施すること。

※各項目を実施したことが分かる資料を保存しておき, 求めがあった場合は, 速やかに提出すること。

3 施設内療養に要する費用

別シート「施設内療養者一覧」を記入すると自動で金額が表示されます。

この金額を「事業所・施設別個票(別紙2-3)」に「施設内療養費」として記入してください。

令和3年度所要額	1,030 千円
令和4年度所要額	0 千円

4 その他

※本資料への虚偽記載があった場合は, 補助の返還や指定取消となる場合がある。

本資料の記載内容に虚偽がないことを証明するとともに, 記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 4 年 9 月 1 日 事業所名 特別養護老人ホーム〇〇〇
 定員数 100 名
 代表者 職名 理事長 氏名 〇〇 〇〇

補助金額が正しく反映されないため、必ず定員数を記入してください。

記入にあたっての注意点

着色されたセル（水色）に記入してください。

それ以外のセルには関数が入力されておりますので、入力や削除は行わないでください。

	令和3年度	令和4年度
対象日数	103 日	0 日
追加補助対象日数		0 日
延べ日数	103 日	0 日
補助額	1,030 千円	0 千円

【施設内療養者一覧】

No.	氏名	施設内療養期間		備考	療養日数			算定対象日数		
		発症日（施設内療養開始日）	～ 療養解除日		R3年度分	R4年度分	計	R3年度分	R4年度分	計
1	〇〇 〇〇	令和4年3月1日	～ 令和4年3月10日		10	0	10	10	0	10
2	〇〇 〇〇	令和4年3月1日	～ 令和4年3月5日	令和4年3月5日入院	5	0	5	5	0	5
3	〇〇 〇〇	令和4年3月2日	～ 令和4年3月11日		10	0	10	10	0	10
4	〇〇 〇〇	令和4年3月3日	～ 令和4年3月12日		10	0	10	10	0	10
5	〇〇 〇〇	令和4年3月3日	～ 令和4年3月15日		13	0	13	13	0	13
6	〇〇 〇〇	令和4年3月4日	～ 令和4年3月13日		10	0	10	10	0	10
7	〇〇 〇〇	令和4年3月5日	～ 令和4年3月14日		10	0	10	10	0	10
8	〇〇 〇〇	令和4年3月6日	～ 令和4年3月15日		10	0	10	10	0	10
9	〇〇 〇〇	令和4年3月6日	～ 令和4年3月15日		10	0	10	10	0	10
10	〇〇 〇〇	令和4年3月7日	～ 令和4年3月21日		15	0	15	15	0	15