

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

注意
別シート（計算シート）を入力することで自動的に反映されます。

所要額	180 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 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日 事業所名 特別養護老人ホーム○○○○○
代表者 職名 理事長 氏名 ○○ ○○

感染対策等を行った上での施設内療養に要する費用の所要額積算内訳書

(単位:千円)

No.	施設内療養者の氏名	施設内療養 1日目の日付	施設内療養 2日目の日付	施設内療養 3日目の日付	施設内療養 4日目の日付	施設内療養 5日目の日付	施設内療養 6日目の日付	施設内療養 7日目の日付	施設内療養 8日目の日付	施設内療養 9日目の日付	施設内療養 10日目の日付	施設内療養 11日目の日付	施設内療養 12日目の日付	施設内療養 13日目の日付	施設内療養 14日目の日付	施設内療養 15日目の日付	備考	所要額
1	長寿一郎	R3.6.30	R3.7.1	R3.7.2	R3.7.3	R3.7.4	R3.7.5										令和3年7月5日入院	60
2	長寿二郎	R3.7.2	R3.7.3	R3.7.4	R3.7.5	R3.7.6	R3.7.7	R3.7.8									令和3年7月8日入院	70
3	長寿三郎	R3.7.3	R3.7.4	R3.7.5	R3.7.6	R3.7.7											令和3年7月7日入院	50
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
合計																		180

- (注)
- 1 行が不足する場合には適宜行を追加して差し支えないが、列の挿入は絶対に行わないこと。
 - 2 15日以内に入院した場合は、備考欄に入院した日付を記入すること。