別紙１

**事業名には、「障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援」又は「障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援」のうち当てはまるものを記載してください。**

**※両事業を申請する場合はいずれも記載すること**

記載例

障害福祉サービス事業所等に対するサービス継続支援事業費補助金事業計画書

事業名：障害福祉サービス施設・事業所等のサービス継続支援及び障害福祉サービス施設・事業所等との協力支援

**感染者数および感染者が発生した日を明記してください。**

**多機能型事業所にて、各サービスにて補助金を要望される場合は、各サービスにてかかった経費を明記してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業種別 | 経費 | 内容 |
| やぶた事業所  同上  やぶた２事業所  やぶた３事業所  グループホームやぶた | 生活介護  児童発達支援  就労継続支援Ａ型  居宅介護  共同生活援助 | 委託料    同上  旅費  賃借料  給料  共済費  職員手当等  需用費（消耗品費） | ・感染者が発生した事業所の消毒、清掃の外部委託  **（〇月〇日に利用者△名、職員□名が陽性）**  ・同上  ・通所できない利用者宅への旅費  ・通所できない利用者宅における安否確認、健康管理等に使用するタブレットリース費用（通信料除く）  ・複数職員の感染**（〇月〇日に職員□名）**により職員が不足した事業所への応援職員の派遣のため、緊急的に雇用した職員の給料及び各種保険加入費用  ・感染者と接触があった者への対応にあたった職員の休日出勤手当  ・感染者と接触があった者への対応により在庫不足となったフェイスシールド、医療用ガウン購入費  **（〇月〇日に利用者△名が陽性）** |

※別紙２「（参考）事業ごとの対象経費と費目の例」を参照に、事業ごとに要する経費及び内容を記載ください。