鳥取県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

提供体制確保事業補助金交付申請に係る対応事案概要報告書

申請事業所・施設名：

個票番号：

※申請様式第3-1号又は第3-2号の事業所・施設等別個票の通し番号をご記載ください。

報告書作成担当者：

【対応状況概要】

① 申請事案対応期間：令和　年　月　日から令和　年　月　日

② 申請事案にかかる感染者等発生日（初発のみ）：令和　年　月　日

③ 申請する経費の支出完了日：令和　年　月　日

※感染者の対応終結後、速やかに関連経費の支出を完了した上で、ご申請ください。

④ 申請事案にかかる感染者及び感染者と接触があった者（※）の人数

　 　陽性者：利用者　人、職員　人

感染者と接触があった者：利用者　人、職員　人

※令和５年５月７日以前については「濃厚接触者」と読み替えてください。

⑤ 鳥取県福祉・医療施設感染対策センターへの報告日：令和　年　月　日

⑥ 申請事案に係る経緯・対応内容をご記載ください。

（例）■令和○年○月○日、利用者Aの陽性が判明。以降○○名の感染者等が発生。

　　　■以下の対応を実施。

・感染者発生に伴い、施設内の共有部分の消毒を業者委託により実施した。

　　 　・感染者への対応において、通常時よりも感染対策等を強化（衛生用品の追加購入、人員体制強化など具体内容を

記載）してサービス提供を継続した。

　　 　・感染により自宅待機となった職員業務について、他職員の時間外業務等により対応した。

など、補助対象事業所・施設等に該当すること、申請経費と関連する対応を実施内容・必要性がわかるように

ご記載ください。

　　 ■令和○年○月○日、感染者の療養・待機期間の終了をもって、本事案の対応を終了した。