様式２

補助金の交付対象となる理由

法人名【　　　　　　　　】

（１）事業所・施設等の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 該当するものに〇 | 事業所・施設等の状況 |
|  | （１）新型コロナウイルス感染者が発生又は感染者と接触があった者に対応した介護サービス事業所・施設等（休業要請を受けた事業所・施設等を含む） |
|  | （２）新型コロナウイルス感染症の流行に伴い居宅でサービスを提供する通所系サービス事業所 |
|  | （３）感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（以下のいずれかに該当）の利用者の受け入れや当該事業所・施設等に応援職員の派遣を行う事業所・施設等 |

（２）助成対象の区分

|  |  |
| --- | --- |
| 該当するものに〇 | 助成対象の区分 |
|  | ①利用者又は職員に感染者が発生した介護サービス事業所・施設等（職員に感染者と接触があった者が複数発生し、職員が不足した場合を含む） |
|  | ②感染者と接触があった者に対応した訪問系サービス事業所、短期入所系サービス事業所、介護施設等 |
|  | ③感染等の疑いがある者に対して一定の要件のもと自費で検査を実施した介護施設等（①、②の場合を除く） |

（３）補助金の交付対象となる理由

※感染症発生の状況（経過）や法人の対応を詳しく記載すること