

(様式第 1 号)

年 月 日

恵 庭 市 長 様

支 援 登 録 申 請 書

恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱第 3 条に基づき、下記の事項について登録を要請します。

記

(1) 事業所等名称	
(2) 事業所等所在地	
(3) 管理者氏名	
(4) 事業所等職員数	
(5) 緊急対応可能な連絡先	

(様式第2号)

年 月 日

<事業所名>

恵 庭 市 長
(公印省略)

支 援 登 録 通 知 書

貴事業所を恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱の規定により登録介護事業所として、下記のとおり登録したので通知します。

記

(1) 事業所等名称	
(2) 事業所等所在地	
(3) 管理者氏名	
(4) 事業所等職員数	
(5) 緊急対応可能な連絡先	

情報提供書

報告月日及び時刻

月 日 時 分

事業所名

回答者名

連絡先

恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱第6条に係る事項について、下記のとおり報告します。

(1) 派遣可能な職員の状況	
(2) 衛生用品等、提供可能な支援物資の状況	
(3) 職員の宿泊場所の提供の状況	
(4) PCR検査、抗原検査等により感染症の陰性が判明した利用者の受入可能状況	
(5) その他必要な事項	

(様式第4号)

年 月 日

恵 庭 市 長 様

支 援 要 請 書

恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱第7条に基づき、下記の事項について支援を要請します。

記

(1) 感染の発生状況	
(2) 支援の内容	
(3) 支援の期間	
(4) 支援の場所	
(5) その他必要な事項	

(様式第5号)

年 月 日

協定事業所及び関係機関 各位

恵 庭 市 長
(公印省略)

支 援 内 容 回 答 書

当市、《事業所又は関係機関》においてコロナウイルス集団感染が発生したことにより支援要請がありました。

恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱第7条に基づき、下記の事項について速やかに回答してください。

記

(1) 支援の可否	可 ・ 否
(2) 支援可能な内容	
(3) 支援の期間	
(4) その他必要な事項	

(様式第6号)

年 月 日

様

恵 庭 市 長
(公印省略)

支 援 実 施 書

貴《事業所又は関係機関》より、要請のありました件につきまして、下記のとおり実施いたします。不明な点がございましたら、事務局までご連絡願います。

記

(1) 支援実施日	
(2) 支援実施内容	
(3) 支援の期間	
(4) その他必要な事項	

支援内容/月日	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12	11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18	11/19	11/20
マスク			●					●												
	100枚●●事業所										100枚○○病院									
紙おむつ					●		●													
	100枚●●特養										100枚△△特養									
デイサービス利用希望者受入	①	→																		
	①	→																		
	③	→																		
		①○○法人 ②○△法人 ③●●法人																		

(様式第7号)

年 月 日

各位

恵 庭 市 長
(公印省略)

支 援 実 施 依 頼 書

当市、《事業所又は関係機関》において新型コロナウイルス感染症のり患者が発生したことによる支援要請につきまして、恵庭市介護事業所における新型コロナウイルス感染症に備えた支援に関する要綱第8条に基づき、下記の事項について支援を依頼します。

記

(1) 支援実施内容	
(2) 支援の期間	
(3) その他必要な事項	