

(様式第1号)

年 月 日

恵庭市長様

事業所名又は関係機関

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	(例) ●●介護支援事業所
(2) 事業所等所在地	(例) 恵庭市○○●丁目1番1号
(3) 管理者氏名	(例) ●● ●●
(4) 事業所等職員数	(例) 10名 (内訳 ●●4名 ●○6名)
(5) 緊急対応可能な連絡先	TEL:○○○○-○○-○○○○ FAX:○○○○-○○-●●●● E-mail: ●●●●@●●●●

(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	(例) ●●介護支援事業所
(2) 事業所等所在地	(例) 恵庭市○○●丁目1番1号
(3) 管理者氏名	(例) ●● ●●
(4) 事業所等職員数	(例) 10名 (内訳 ●●4名 ●○6名)
(5) 緊急対応可能な連絡先	TEL:0000-00-0000 FAX:0000-00-0000 E-mail : 0000@0000

(様式第3号)

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	(例) 特養スタッフ2名
(2) 衛生用品等、提供可能な支援物資の状況	(例) マスク1000枚 大人用紙おむつ1000枚 備蓄あり
(3) 職員の宿泊場所の提供の状況	(例) 当法人、ケアハウスにて 5名受入可能
(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	(例) 当法人、デイサービスにて 3名受入可
(5) その他必要な事項	

(様式第4号)

年 月 日

恵庭市長様

事業所名又は関係機関

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	例) 入居者10名 職員3名
(2) 支援の内容	例) 物資不足 マスク200枚、入居者用紙おむつ200枚 利用者の調整 濃厚接触者ではないデイサービス利用希望者3名
(3) 支援の期間	例) 令和〇年〇月〇日～〇日
(4) 支援の場所	例) 特養及び併設通所介護事業所
(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	例) 物資の提供：マスク100枚 入居者用紙おむつ100枚、 利用者の調整：デイサービス利用希望者2名受入
(3) 支援の期間	例) 令和〇年△月△日 物資の提供 令和〇年〇月〇日～〇月〇日 デイサービス利用希望者1名 令和〇年□月□日～□月□日 デイサービス利用希望者2名
(4) その他必要な事項	

(様式第6号)

年 月 日

《事業所又は関係機関》 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	令和〇年〇月〇日
(2) 支援実施内容	例) マスク200枚 ●●事業所100枚 ○○病院100枚 入居者用紙おむつ200枚 ●●特養100枚 △△特養100枚 デイサービス利用希望者受入： 2名 (○○法人2名、○△法人1名) 1名 (●●法人1名)
(3) 支援の期間	例) 別添スケジュール表による
(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

協定事業所及び関係機関 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	例) 物資の提供：マスク100枚 入居者用紙おむつ100枚、 人員の派遣：介護支援専門員2名（ケアプラン作成支援） 特養施設職員1名（入所者の施設介助支援）
(2) 支援の期間	例) 令和〇年△月△日 物資の提供 令和〇年〇月〇日～〇月〇日 デイサービス利用希望者1名 令和〇年□月□日～□月□日 デイサービス利用希望者2名
(3) その他必要な事項	