

# 新型コロナウイルス感染症による臨時休業の実施報告書

法人名 : \_\_\_\_\_

事業所名 : \_\_\_\_\_

報告者 : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

1. 休業しているサービス種別（下記から選択してください。）

### 通所・短期入所系サービス

- ・（地域密着型）通所介護
- ・（介護予防）短期入所生活介護
- ・（介護予防）小規模多機能型居宅介護（※）
- ・（介護予防）通所リハビリテーション
- ・（介護予防）短期入所療養介護

### 訪問系サービス

- ・訪問介護
- ・（介護予防）訪問入浴介護
- ・（介護予防）訪問看護
- ・（介護予防）訪問リハビリテーション
- ・（介護予防）居宅療養管理指導

※（介護予防）小規模多機能型居宅介護については、通いサービス・宿泊サービス・訪問サービスすべてについて、休業を行った場合のみに報告対象とみなす。

2. 休業期間

令和 年 月 日 から 月 日 まで

3. 休業を決めた理由

感染防止のため

(詳細)  
例：職員・利用者等に感染者が発生。マスク・消毒液等の衛生用品が不足 など

学校等の休業に伴い人手不足となったため

(詳細)

4. 休業中のサービス提供について（当てはまる理由に「○」を入力）

<input type="checkbox"/>	介護支援専門員と調整のうえ、他の事業所を利用
<input type="checkbox"/>	異なる場所で指定サービスに相当するサービスを提供
<input type="checkbox"/>	居宅を訪問し、個別支援計画の内容を踏まえた、できる限りのサービスを提供
<input type="checkbox"/>	その他( )

※休業期間を変更・延長・短縮する場合は、再度休業報告書を提出してください。

再開する場合は、再開日・再開後のサービス提供等についてご連絡ください。

都城市 介護保険課 指導担当

TEL 0986-23-2688

FAX 0986-23-2143