感染症・災害等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）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

４．休業中のサービス提供について（当てはまる理由に「〇」を入力）

	介護支援専門員と調整のうえ、他の事業所を利用
	異なる場所で指定サービスに相当するサービスを提供
	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
	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