令和4年3月16日

**新型コロナウィルス感染症の発生施設に対する老施連見舞金の給付について**

**（令和３年度下半期分）**

下記の基準で、見舞金を給付します。これは、最近の感染状況等を踏まえ、3月9日 に開催された第11回理事会で協議し決定したものです。

該当する施設は、期限内に申請していただくようお願いいたします。

１． **対象施設**

老施連会員施設

２． **対象期間**

**令和３年１０月１日～令和４年３月３１日**

３．　**対　　象**

**上記期間内に、利用者、職員（非常勤を含む）、あわせて２０名以上**の新型コロナウィルス感染症陽性者が発生した施設。

**(但し、上半期に同見舞金の支給を受けた施設は除きます)**

４．　**見舞金の額**

**２００，０００円**

５．　**留意点**

　① 令和３年10月1日時点での陽性者確認分 ～ 令和４年3月31日の時点で

の陽性者確認分とする。

　② 「みなし陽性者」も含む。

　③ **会員施設単位**とする。例えば、特養で１０人、併設のショートまたはデイ

で１０人発生した場合、対象とする。

６．　**申請手続き**

　　所定の請求書に記載の上、老施連事務局に提出してください。

（既に事務局へ報告されていても、改めて申請してください。）

**期限：令和４年４月１５日(金)まで（必着でお願いします）**

７.　 **支払時期**

**令和４年4月２８日(木)までに振込予定。**

　　但し、申請内容の確認に時間を要する場合は、遅れることがあります。

一般社団法人 神戸市老人福祉施設連盟

**新型コロナウイルス感染症　見舞金請求書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
|  | | | | | |
| 1. 施設名 |  | | | | |
| ２．施設住所 | 〒 | | | | |
| ℡ | | | Fax | |
| ３．陽性者数 | 利用者 | | 職員 | | 計 |
| ４．感染発症時期 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日 | | | | |
| ５．新型コロナによる死者の有無 | 有( 名) 　・　　無 | | | | |
| ６．現在の状況 |  | | | | |
| ７．見舞金振込口座 | 銀行名 |  | | | |
| 支店名 |  | | | |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | | | |
| 口座番号 |  | | | |
| ふりがな  口座名義 |  | | | |

**※ 期限：令和４年４月１５日(金)まで（必着でお願いします）**