

## 検 査 理 由 書

法人名

代表者名

千葉県新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス事業者等に対するサービス継続支援事業費補助金交付申請書に計上した自主検査費用の詳細については下記のとおりです。

## 記

- 1 施設・事業所名：
- 2 行政検査を依頼した保健所、受診・相談センター、地域の医療機関名及び連絡先等  
 名称（担当者名）：（担当者名：）  
 連絡先電話番号：
- 3 行政検査依頼日：令和 年 月 日
- 4 対象者（該当する項目に○を付けること。）

## 【令和5年5月7日までに係るかかり増し費用】

|  |   |
|--|---|
|  | (ア) 濃厚接触者と同居する職員                            |
|  | (イ) 発熱等の症状（※）を呈するが保健所等により経過観察を指示された職員       |
|  | (ウ) 面会后、面会に来た家族等が感染者又は濃厚接触者であることが判明した入所（居）者 |
|  | (エ) 上記（ア）から（ウ）以外で感染が疑われる理由がある者              |

（※）「症状」とは、新型コロナウイルス感染症の症状として見られる発熱、呼吸器症状、頭痛、全身倦怠感などの症状を指す。

## 【令和5年5月8日以降に係るかかり増し費用】

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
|  | (ア) 感染者と同居する職員                       |
|  | (イ) 面会后、面会に来た家族等が感染者であることが判明した入所（居）者 |
|  | (ウ) 上記（ア）（イ）以外で感染が疑われる理由がある者         |

- 5 要件の確認（該当する項目に○を付けること。全ての要件に該当する場合に助成対象となる。）

|  |   |
|--|---|
|  | 近隣自治体や近隣施設等で感染者が発生している、又は感染拡大地域に所在する障害者支援施設・共同生活援助事業所（以下、「障害者支援施設等」という）であること      |
|  | 保健所、受診・相談センター又は地域の医療機関に行政検査としての検査を依頼したが対象にならないと判断された場合に、障害者支援施設等の判断で実施した自費検査であること |
|  | 個別の職員や利用者の状況や事情を考慮しない、障害者支援施設等の判断で実施される定期的な検査や一斉検査ではないこと                          |

（次ページに続きます。）

