

様式第6（第9条関係）

補助事業実績内訳書

介護保険事業所番号

| | | | |
|------------|--|----|--|
| 事業所・施設等の名称 | | | |
| 事業所・施設等の種別 | | 定員 | |

単位：円

| | | | | |
|------------------|-------------------|---------------|-------|-----|
| 第3条第1号アに定める経費 | 交付対象の区分 | | | |
| | 休業要請を受けた事業所 | 休業要請期間 | ～ | |
| | 感染者が発生した事業所・施設等 | 感染者発生日 | | |
| | 濃厚接触者に対応した事業所・施設等 | 濃厚接触者発生日 | | |
| | 費目 | 実績額 | 数量等 | 用途 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 小計 | | 交付決定額 | 精算額 |
| 第3条第1号イに定める経費 | 交付対象の区分 | | | |
| | 訪問サービスを提供する事業所 | 提供開始日 | | |
| | 費目 | 実績額 | 数量等 | 用途 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | 小計 | | 交付決定額 | 精算額 |
| | 第3条第2号に定める経費 | 連携先事業所・施設等の名称 | | |
| 連携先事業所・施設等の区分 | | | | |
| 休業した事業所 | | 休業期間 | ～ | |
| 感染者が発生した事業所・施設等 | | 感染者発生日 | | |
| 交付対象の区分 | | | | |
| 利用者を受け入れた事業所・施設等 | | 受入日 | | |
| 応援職員を派遣した事業所・施設等 | | 派遣日 | | |
| 費目 | | 実績額 | 数量等 | 用途 |
| | | | | |
| | | | | |
| 小計 | | 交付決定額 | 精算額 | |
| 合計 | 実績額 | 交付決定額 | 精算額 | |