

# 新型コロナウイルス感染症関連 (休業等に係る届出書、サービス継続支援事業)

# 1. 休業等に係る届出書（休業届）

## （1）概要

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、障がい福祉サービス事業所が自主的に休業する場合や、事業を縮小・変更して開所することとした場合などに、県障がい福祉課へ提出いただく届出

※松江市内の事業所については松江市が窓口です

※休業される旨は市町村にも連絡をお願いします

## （2）届出様式、提出方法

以下を県障がい福祉課の自立支援給付グループあてFAXで提出（押印不要）

- ・休業等に係る届出書
- ・在宅支援に係る届出書（就労移行支援・就労継続支援のみ提出）

## (3) 留意事項

- ・休業等の期間に代替サービスを行った場合の報酬算定

市町村が認めた場合は通常の報酬を算定できます  
県に届出を提出する前に、まずは市町村へご相談ください

### (参考) 国通知文

新型コロナウイルス感染症に係る障がい福祉サービス等事業所の人員基準の臨時的な取り扱い（第4報）

（令和2年4月9日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課事務連絡）

「感染拡大防止の観点から特に必要と考え、自主的に休業した場合であっても、事業所が休業する旨市町村へ報告した上で、利用者の居宅等において健康管理や相談支援等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合は、通常提供しているサービスと同等のサービスを提供しているものとして、報酬の対象とすることが可能」

# (4) 休業届 記載例

<p>休業等を行う理由及びその内容</p> <p>※事業を縮小して行う場合は、その内容について具体的に記載してください。</p>	<p>職員 1 名に新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者が出たため、感染拡大防止の観点から○月△日から□日を休業とする。</p>
<p>代替措置の内容</p> <p>例：利用者の居宅等において健康管理や相談支援等を行う など</p> <p>※休業等にあたり代替措置を行う場合のみ記載</p>	<p>代替措置として、利用者の居宅又は電話での健康状態の把握や相談支援等を行う</p>
<p>休業等を行う期間（予定）</p>	<p>令和 4 年 ○月△日 ～ 令和 4 年 ○月□日</p>

**休業等に係る届出書**

令和 年 月 日

鳥根県知事 様

届出者 所在地  
名称  
代表者氏名 (公印省略可)

新型コロナウイルス感染症感染拡大防止のため下記のとおり対応することとしましたので、届け出ます。

記

対象事業所	対象事業所番号
名 称	
所 在 地	
対象事業 (サービス種別)	
休業等を行う理由及びその内容 ※事業を縮小して行う場合は、その内容について具体的に記載してください。	
代替措置の内容 例：利用者の居宅等において健康管理や相談支援等を行う など ※休業等にあたり代替措置を行う場合のみ記載	
休業等を行う期間（予定）	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

**注意事項**

- 1 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の観点から、障害福祉サービス事業所が自主的に休業する機会や、事業を縮小・変更して開所することとした場合などに、この届出書を鳥根県健康福祉部障がい福祉課自立支援給付グループ (FAX: 0852-22-6687) へ提出してください。
- 2 就労移行支援事業所や就労継続支援事業所において、在宅による支援を行うこととした場合は、まずは市町村に相談の上、「休業等に係る届出書」(この様式)のほか、「在宅支援に係る届出書」を鳥根県健康福祉部障がい福祉課自立支援給付グループ (FAX: 0852-22-6687) へ提出してください。

- ・休業等を行う期限が未定の場合は、休業等が確定している期間で提出し、延長となる場合は追加の期間分の休業届を提出いただく形をお願いします
- ※期限の設定が困難な場合は、予定の期間でご提出ください

## (5) 休業届 ホームページの掲載場所

トップ> 医療・福祉> 福祉> 障がい者福祉> 事業者向け

5 「新型コロナウイルス感染症関連」

(2)新型コロナウイルス関連通知 (休業等の届出、国からの通知)

## 2. サービス継続支援事業

記載の内容は予定ですので、詳細はあらためてご確認ください

### (1) 概要

新型コロナウイルス感染症の感染者や濃厚接触者等が発生した事業所等が、感染拡大防止策を講じながらサービスを継続するための費用の一部を補助するもの  
※R2、R3、R4も同様の内容を実施。R5も実施する予定です

### (2) 対象施設(中核市を除く)

- ・利用者又は職員に新型コロナウイルス感染症の感染者が発生等した事業所等  
※職員に濃厚接触者が発生し、職員が不足した場合を含む
- ・発熱等の症状を呈する利用者又は職員に対し、一定の要件のもと、自費で検査を実施した障害者支援施設又は共同生活援助事業所
- ・上記の事業所等に職員を派遣するなど協力をする事業所等 など

## 2. サービス継続支援事業

記載の内容は予定ですので、詳細はあらためてご確認ください

### (3) 対象経費

- ・ 職員の緊急雇用に係る費用、割増賃金手当など
- ・ 建物の消毒・清掃費用 など

### (4) 補助率

10/10

※交付申請手続等は詳細が決まりましたらお伝えいたします※

ご清聴ありがとうございました