２０万円の支給対象者がいる場合には、下記の項目についてご記入願います。

なお、内容確認のため、別途確認させていただくことがございます。

様式１８

新型コロナウイルス感染症対応従事者慰労金（障がい分）

２０万円支給対象職員概要書

令和　　年　　月　　日

福井県知事　杉本　達治　様

所在地　〒

法人名

役職・代表者名　　　　　　　　　　　　　印

２０万円の支給対象者については、以下のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 対象職員名 | 氏名： |
| 生年月日： |
| 2 | 利用者に新型コロナウイルス感染症が発生しまたは濃厚接触者である利用者に対応した障がい福祉サービス事業所・施設等である。 | （確認した場合〇を記入） |
| 3 | （訪問系サービス）実際に新型コロナウイルス感染症患者または濃厚接触者にサービスを１度でも提供した職員である | （確認した場合〇を記入） |
| （その他の障がい福祉サービス事業所・施設等）実際に新型コロナウイルス感染症患者または濃厚接触者が発生した日以降に当該事業所・施設で勤務した職員である。 | （確認した場合〇を記入） |
| 4 | 基準日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 患者：症状が出た日 濃厚接触者：感染者と接触した日 |