文書番号

＜別紙様式＞

令和　年　　月　　日

福岡県保健医療介護部介護保険課長　殿

（施設整備係）

住所：

法人名：

代表者名：

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について（第４弾）

このことについて、令和３年５月６日付３介第２７８号介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の配布（第４弾）について（通知）に基づき、下記のとおり要望します。

記

１　合致している条件 □　日常的に排せつ介助等、手袋の使用が必要な事業所である。

（□に✔をします） □　地元の卸売業者では在庫がないことや、業者に発注をかけたが在庫がないこと等を理由にキャンセルされたなど、全く手に入れられない状態である。

 □　業者への発注ができずにスーパー、ホームセンター等の小売店等で１箱・２箱など、少量しか手に入らない状態である。

 □　業者に発注したが、納期までに在庫がなくなることが確実である。

 □　在庫（備蓄）の見通しが３週間以内である。

２　現在の在庫量等 別紙のとおり

３　所要量 別紙のとおり

４　受渡方法 □　着払い（必ず受領し、自己都合で返送する場合は、施設側で送料を（□に✔をします） 負担することに同意します。）

□　直方総合庁舎　での受取

□　福岡県職員研修所　での受取

□　豊前総合庁舎　での受取

　□　八女総合庁舎　での受取　　　　　　　　　　　　　　　を希望

５　連絡先 ＴＥＬ：　　　　－　　　　－

 ＦＡＸ：　　　　－　　　　－

 E-mail：

 担当者名：

　　令和　　年　　月　　日　現在

＜別紙＞（第４弾）

法人名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 現在の在庫量（２枚１組） | 月利用者数入所者数 | １日あたりの使用量 | 要望量 | 備考 |
| １箱500組入※１事業所あたり、各サイズの合計が５箱上限 | 1箱2,500組入※１事業所あたり、２箱上限 |
| Ｓサイズ | Ｍサイズ | Ｌサイズ | ポリエチレン |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |

※着払いを選ばれた方は下記の送付先もご記入ください。

送付先：〒　　　－　　　　　福岡県　 （送付先名： ）

施設種別番号について

次の表に対応する番号を記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別番号 | 施設種別 |
| １ | 通所介護事業所 |
| ２ | 地域密着型通所介護事業所 |
| ３ | 認知症対応型通所介護事業所 |
| ４ | 通所リハビリテーション事業所 |
| ５ | 短期入所生活介護、短期入所療養介護事業所 |
| ６ | 訪問介護事業所 |
| ７ | 訪問入浴介護事業所 |
| ８ | 訪問看護事業所 |
| ９ | 訪問リハビリテーション事業所 |
| １０ | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 |
| １１ | 夜間対応型訪問介護事業所 |
| １２ | 居宅介護支援事業所排せつ介助等をサービスとして提供しないため、対象外となっております。 |
| １３ | 福祉用具貸与事業所 |
| １４ | 居宅療養管理指導事業所 |
| １５ | 小規模多機能型居宅介護事業所 |
| １６ | 看護小規模多機能型居宅介護事業所 |
| １７ | 介護老人福祉施設 |
| １８ | 地域密着型介護老人福祉施設 |
| １９ | 介護老人保健施設 |
| ２０ | 介護医療院 |
| ２１ | 介護療養型医療施設 |
| ２２ | 認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム） |
| ２３ | 養護老人ホーム |
| ２４ | 軽費老人ホーム（Ａ型、Ｂ型、ケアハウス） |
| ２５ | 有料老人ホーム |
| ２６ | サービス付き高齢者向け住宅 |
| ２７ | その他 |

社福福庁第×××号

押印は不要です。

なお、必ず法人名を記入ください。（施設名ではありません）

法人内で情報共有を行っていただき、施設が複数ある場合も、法人単位でご要望ください。

記入例

＜別紙様式＞

令和３年　５月　６日

福岡県保健医療介護部介護保険課長　殿

（施設整備係）

住所：福岡市博多区東公園７－７

法人名：社会福祉法人福岡県庁

代表者名：福岡　太郎

緊急要請に基づく使い捨て手袋の要望について（第４弾）

このことについて、令和３年５月６日付２介第２７８号介護施設等からの緊急要請に基づく使い捨て手袋の配布（第４弾）について（通知）に基づき、下記のとおり要望します。

合致する条件をもれなくチェックください。

なお、ワードで編集する場合は「チェック」と入力すると「☑」が候補としてあがりますので、□を☑に変更ください。

記

１　合致している条件 ☑　日常的に排せつ介助等、手袋の使用が必要な事業所である。

（□に✔をします） □　地元の卸売業者では在庫がないことや、業者に発注をかけたが在庫がないこと等を理由にキャンセルされたなど、全く手に入れられない状態である。

 ☑　業者への発注ができずにスーパー、ホームセンター等の小売店等で１箱・２箱など、少量しか手に入らない状態である。

 □　業者に発注したが、納期までに在庫がなくなることが確実である。

 ☑　在庫（備蓄）の見通しが３週間以内である。

２　現在の在庫量等 別紙のとおり

３　所要量 別紙のとおり

４　受渡方法 ☑　着払い（必ず受領し、自己都合で返送する場合は、施設側で送料を（□に✔をします） 負担することに同意します。）

FAXで送信される場合はアドレスの入力は不要です。

メールに添付される場合はアドレスの入力をお願いします。

□　直方総合庁舎　での受取

□　福岡県職員研修所　での受取

□　豊前総合庁舎　での受取

□　八女総合庁舎　での受取

５　連絡先 ＴＥＬ：　０９２－　６４３－３２４９

 ＦＡＸ：　０９２－　６４３－３３０９

 E-mail：　mask-kaigo@pref.fukuoka.lg.jp

 担当者名：福岡　次郎

　　令和　３年　５月　６日　現在

＜別紙＞（第４弾）

種別番号が１～１６の事業所は１日の利用人数×３０日の数字を、１７～２７の事業所は現在の入所者数を記入してください。

記入例

法人名：　社会福祉法人福岡県庁

送付先の宛名をご記入ください

送付先の住所をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 現在の在庫量（２枚１組） | 月利用者数入所者数 | １日あたりの使用量 | 要望量 | 備考 |
| １箱500組入※１事業所あたり、各サイズの合計が５箱上限 | 1箱2,500組入※１事業所あたり、２箱上限 |
| Ｓサイズ | Ｍサイズ | Ｌサイズ | ポリエチレン |
| 特別養護老人ホーム福岡県庁苑 | １７ | ３，０００組 | 約５０人 | 約２５０組 | １箱 | ２箱 | ２箱 | ２箱 |  |
| デイサービス福岡県庁 | １ | １００組 | 約６００人 | 約２０組 | ０箱 | １箱 | ０箱 | １箱 | ２０人／日×３０日Ｓサイズでも可 |
| 住宅型有料老人ホーム福岡県庁 | ２５ | ５，０００組 | 約８０人 | 約４００組 | ０箱 | ３箱 | ０箱 | ０箱 |  |
| 訪問看護福岡県庁ステーション | ８ | １００組 | 約３６０人 | 約１２組 | １箱 | ０箱 | ０箱 | ０箱 | １２人／日×３０日Ｍサイズでも可 |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 備考欄は、特記しておきたいこと（サイズ違いでもよい、このサイズが不足している、など）を記入ください。空欄でも構いません。 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 | 箱 |  |

※着払いを選ばれた方は下記の送付先もご記入ください。

送付先：〒８１２－８５７７　福岡県　福岡市博多区東公園７－７ （送付先名：福岡県介護保険課 ）