

## 介護施設等感染拡大防止対策補助金実施計画書

法人名称

代表者職氏名

印

施設名	定員 (人)	申請日直近の 入所者数 (人)	4月1日以降の 新規入所者数 (人)	
		男 : 女 :	男 : 女 :	
職員数 (人)	うち 常勤医療職	うち 介護職員 (非常勤含む)	うち 事務職員 (非常勤含む)	
事業概要		事業費 (円)	うち 本補助金	うち 法人負担額
事業費合計				