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３弾）

このことについて、令和３年２月２２日付２介第４０３０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３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

□　南筑後教育事務所　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３弾）

法人名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 現在の所有量（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（１箱５００組入） | 備考 |
| Ｓサイズ | Ｍサイズ | Ｌサイズ |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 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　 （建物名等： ）

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 |
| 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 |
| 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

記入例

＜別紙様式＞

令和３年　３月　１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３弾）

このことについて、令和３年２月２２日付２介第４０３０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３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

□　南筑後教育事務所　での受取　　　　　　　　　　　を希望

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　３月　１日　現在

記入例

＜別紙＞

法人名：　社会福祉法人福岡県庁

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 現在の所有量（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（１箱５００組入） | 備考 |
| Ｓサイズ | Ｍサイズ | Ｌサイズ |
| 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 |  |
| 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 | 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 | Ｍサイズが不足 |
| 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 | １２人／日×３０日Ｍサイズでも可 |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 箱 | 箱 | 箱 |  |
|  |  | 組 | 人 | 組 | 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 （建物名等：福岡県庁内　北棟２Ｆ ）