＜別紙様式＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　文書番号

令和４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：

不織布マスクの要望について

このことについて、令和４年１月１７日３介第３１９８号介護施設等からの要望に基づく不織布マスクの配布について（通知）に基づき、下記のとおり要望します。

記

１　要　　望　　量 以下のとおり

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 利用者数 | 要望量 | 備考 |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |

２　連　　絡　　先 ＴＥＬ：　　　　－　　　　－

ＦＡＸ：　　　　－　　　　－

E-mail：

担当者名：

３　送　　付　　先 　〒　　　－

　　　　　　　　　 　住所：福岡県

　　　　　　　　　 　宛名：

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 |
| 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 |

＜別紙様式＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　社福福庁第××××号　令和４年　　月　　日

記入例

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。

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

不織布マスクの要望について

このことについて、令和４年１月１７日３介第３１９８号介護施設等からの要望に基づく不織布マスクの配布について（通知）に基づき、下記のとおり要望します。

記

１　要　　望　　量 以下のとおり

FAXで送信される場合はメールアドレスの入力は不要です。

メールに添付される場合はメールアドレスの入力をお願いします。

種別番号が１～１６の事業所については１日の平均利用人数、１７～２６の事業所については入所者数をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設名 | 施設種別番号 | 利用者数 | 要望量 | 備考 |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |
|  |  | 人  備考欄は、特記しておきたいことを記入ください。空欄でも構いません。 | 箱 |  |
|  |  | 人 | 箱 |  |

２　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

３　送　　付　　先 　〒８１２－８５７７

　　　　　　　　　 　住所：福岡県　福岡市博多区東公園７－７

　　　　　　　　　 　宛名：福岡県介護保険課