

様式の説明

	様式名	作成する場合	作成する者	提出先
様式1	応援職員候補者名簿	応援職員の候補者を登録するとき	応援コーディネート機関	—
様式2	応援職員候補者登録届出書	応援職員の候補者の登録を届出るとき	障害福祉サービス等事業所の開設者	応援コーディネート機関
様式2-1	応援職員候補者登録変更・解除届出書	応援職員の候補者の変更・解除を届出るとき	障害福祉サービス等事業所の開設者	応援コーディネート機関
様式3	職員応援依頼書	職員の応援を依頼するとき	感染症発生施設の開設者	県
様式4	職員応援協議依頼書	職員の応援について協議するよう依頼するとき	県	応援コーディネート機関
様式5	職員応援協議書	職員の応援について協議するとき	応援コーディネート機関	候補登録施設の開設者
様式6	職員応援協議成立通知書	職員の応援について協議が成立したとき	応援コーディネート機関	県
様式7	職員応援決定通知書	職員応援協議成立通知書を受けたとき	県	応援元・応援先
様式8	応援協定書	応援協定を締結するとき	応援元・応援先	—
様式9	口座振替支払依頼書	派遣協力費・交通費・宿泊費を請求するとき	応援職員	応援コーディネート機関
様式10	移動・宿泊報告書	〃	応援職員・応援元	応援コーディネート機関

注 様式8は別ファイルに収録。

(様式1)

応援職員候補者名簿

応援コーディネーター機関名

番号	施設等の情報			候補者の情報				登録日	備考
	法人名	施設等の名称	施設等の所在地	氏名	住所	性別	生年月日		
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									

- 注 1 欄が不足する場合は、適宜、追加する。
2 候補者を感染症発生施設に応援に送る場合は、「備考」欄にその旨及び応援期間を記入する。

(様式3)

送信先:和歌山県障害福祉課
FAX:073-432-5567

和歌山県障害福祉課長 殿

職員応援依頼書

次のとおり職員の応援を依頼します。

応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援を希望する人数(合計)		
応援を希望する職種		
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		
その他特記事項		

応援希望日	応援希望人数	備考

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。

(様式4)

社会福祉法人和歌山県福祉事業団 理事長 殿

和歌山県障害福祉課長

職員応援協議依頼書

次のとおり職員の応援について協議するよう依頼します。

応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援を希望する人数(合計)		
応援を希望する職種		
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		
その他特記事項		

応援希望日	応援希望人数	備考

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。

(様式5)

殿

職員応援協議書

次のとおり職員の応援について協議します。

応援元	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援職員の候補者の氏名		
応援職員の候補者の職種		
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		
その他特記事項		

応援希望日	休日

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式6)

送信先:和歌山県障害福祉課
FAX:073-432-5567

和歌山県障害福祉課長 殿

職員応援協議成立通知書

次のとおり職員の応援について協議が成立したので通知します。

応援元	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援職員の氏名		
応援職員の職種		
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		
その他特記事項		

	応援日	休日
1日目		
2日目		
3日目		
4日目		
5日目		
6日目		
7日目		

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式7)

障第 号
年 月 日

殿

和歌山県障害福祉課長

職員応援決定通知書

次のとおり職員の応援を決定したので通知します。

応援元	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援職員の氏名		
応援職員の職種		
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		
その他特記事項		

	応援日	休日
1日目		
2日目		
3日目		
4日目		
5日目		
6日目		
7日目		

担当者名	
電話番号	
FAX番号	

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式9)

年 月 日

口座振替支払依頼書

殿

住所	〒
	TEL
ふりがな 氏名	印

※私あて支払われる派遣協力費については、次のとおり口座振込してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号			
金融機関コード				本・支店コード					1 普通 2 当座			
ふりがな 口座名義												

※私あて支払われる旅費については、次のとおり口座振込してください。

なお、派遣協力費振込口座と同じ場合は、口座名義欄に同上と記載してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号			
金融機関コード				本・支店コード					1 普通 2 当座			
ふりがな 口座名義												

委任状

私あて支払われる旅費の受領について、次の者に委任します。なお、振込先口座は上記のとおりです。

受任者 住所・所在地 _____

氏名・名称 _____

委任者 住所 _____

氏名 _____ 印

(様式10)

移動・宿泊報告書

応援業務に従事するに当たり、次のとおり移動及び宿泊をしたので報告します。

応援先	法人名	
	施設等の名称	
	施設等の所在地	
応援職員の氏名		
応援職員の住所		
その他特記事項		

応援日	移動		宿泊	休日
	住居→施設等	施設等→住居		
1日目				
2日目				
3日目				
4日目				
5日目				
6日目				
7日目				

上記のとおり相違ないことを証明します。

応援元	法人名	
	代表者名	印
	施設等の所在地	

- 注 1 住居から応援先の施設等に移動した日は、「住居→施設等」欄に○を記入する。
2 応援先の施設等から住居に移動した日は、「施設等→住居」欄に○を記入する。
3 応援業務に従事するため宿泊をした日は、「宿泊」欄に○を記入する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式1)

応援職員候補者名簿

応援コーディネーター機関名

番号	施設等の情報			候補者の情報					登録日	備考
	法人名	施設等の名称	施設等の所在地	氏名	住所	性別	生年月日	職種		
1	社会福祉法人X	X荘	X市xx111-1	X田 O男	X市xxx1-1-1	男	S51.1.1	看護職員	R2.8.11	
2	社会福祉法人A	A荘	A市aa222-2	A山 P子	A市aaa2-2-2	女	S52.2.2	生活支援員	R2.8.12	
3	社会福祉法人A	A荘	A市aa222-2	Y川 M子	A市yyy9-9-9	女	S54.4.4	生活支援員	R2.8.12	
4	特定非営利活動法人B	グループホームB	B市bb333-3	B田 Q男	B市bbb3-3-3	男	S53.3.3	世話人	R2.8.13	
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

- 注 1 欄が不足する場合は、適宜、追加する。
2 候補者を感染症発生施設に応援した場合は、「備考」欄にその旨及び応援期間を記入する。

(様式3)

送信先:和歌山県障害福祉課
FAX:073-432-5567

和歌山県障害福祉課長 殿

職員応援依頼書

次のとおり職員の応援を依頼します。

応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援を希望する人数(合計)	2人	
応援を希望する職種	生活支援員	
感染者等を支援する可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
従事場所	本館1階	
その他特記事項		

応援希望日	応援希望人数	備考
9月1日(火)	2人	
9月2日(水)	2人	
9月3日(木)	1人	
9月4日(金)	1人	
9月5日(土)	1人	
9月6日(日)	1人	
9月7日(月)	1人	
9月8日(火)	1人	
9月9日(水)	1人	
9月10日(木)	2人	
9月11日(金)	1人	
9月12日(土)	1人	
9月13日(日)	1人	
9月14日(月)	2人	

担当者名	〇〇 〇〇
電話番号	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。

(様式4)

社会福祉法人和歌山県福祉事業団 理事長 殿

和歌山県障害福祉課長

職員応援協議依頼書

次のとおり職員の応援について協議するよう依頼します。

応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援を希望する人数(合計)	2人	
応援を希望する職種	生活支援員	
感染者等を支援する可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
従事場所	本館1階	
その他特記事項		

応援希望日	応援希望人数	備考
9月1日(火)	2人	
9月2日(水)	1人	
9月3日(木)	1人	
9月4日(金)	1人	
9月5日(土)	1人	
9月6日(日)	1人	
9月7日(月)	1人	
9月8日(火)	2人	
9月9日(水)	1人	
9月10日(木)	1人	
9月11日(金)	1人	
9月12日(土)	1人	
9月13日(日)	1人	
9月14日(月)	1人	

担当者名	〇〇(施設福祉班)
電話番号	073-441-2537
FAX番号	073-432-5567

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。

(様式5)

殿

職員応援協議書

次のとおり職員の応援について協議します。

応援元	法人名	社会福祉法人A
	施設等の名称	A荘
	施設等の所在地	A市aa222-2
応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援職員の候補者の氏名		A山 P子
応援職員の候補者の職種		生活支援員
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
従事場所		本館1階
その他特記事項		

応援希望日	休日
9月1日(火)	
9月2日(水)	
9月3日(木)	
9月4日(金)	
9月5日(土)	
9月6日(日)	○
9月7日(月)	○

担当者名	○○ ○○
電話番号	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式6)

送信先: 和歌山県障害福祉課
FAX: 073-432-5567

和歌山県障害福祉課長 殿

職員応援協議成立通知書

次のとおり職員の応援について協議が成立したので通知します。

応援元	法人名	社会福祉法人A
	施設等の名称	A荘
	施設等の所在地	A市aa222-2
応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援職員の氏名		A山 P子
応援職員の職種		生活支援員
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
従事場所		本館1階
その他特記事項		

	応援日	休日
1日目	9月1日(火)	
2日目	9月2日(水)	
3日目	9月3日(木)	
4日目	9月4日(金)	
5日目	9月5日(土)	
6日目	9月6日(日)	○
7日目	9月7日(月)	○

担当者名	○○ ○○
電話番号	000-000-0000
FAX番号	000-000-0000

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式7)

障第 号
年 月 日

殿

和歌山県障害福祉課長

職員応援決定通知書

次のとおり職員の応援を決定したので通知します。

応援元	法人名	社会福祉法人A
	施設等の名称	A荘
	施設等の所在地	A市aa222-2
応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援職員の氏名		A山 P子
応援職員の職種		生活支援員
感染者等を支援する可能性		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
従事場所		本館1階
その他特記事項		

	応援日	休日
1日目	9月1日(火)	
2日目	9月2日(水)	
3日目	9月3日(木)	
4日目	9月4日(金)	
5日目	9月5日(土)	
6日目	9月6日(日)	○
7日目	9月7日(月)	○

担当者名	○○(施設福祉班)
電話番号	073-441-2537
FAX番号	073-432-5567

- 注 1 「感染者等を支援する可能性」欄は、該当箇所にレ点を入れる。
2 「従事場所」欄は、できるだけ具体的に記入する(建物名、階数等)。
3 応援期間が7日間を超える場合は、適宜、欄を追加する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。

(様式9)

年 月 日

口座振替支払依頼書

殿

住所	〒 000-0000 A市aaa2-2-2 TEL 000(000)0000
ふりがな 氏名	えーやま ぴーこ A山 P子 印

※私あて支払われる派遣協力費については、次のとおり口座振込してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号							
〇〇銀行				本店												
金融機関コード	2	2	2	2	本・支店 コード	2	2	2	①普通 2当座	2	2	2	2	2	2	2
ふりがな 口座名義	えーやま ぴーこ A山 P子															

※私あて支払われる旅費については、次のとおり口座振込してください。

なお、派遣協力費振込口座と同じ場合は、口座名義欄に同上と記載してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号							
金融機関コード					本・支店 コード				1普通 2当座							
ふりがな 口座名義	同上															

委任状

私あて支払われる旅費の受領について、次の者に委任します。なお、振込先口座は上記のとおりです。

受任者 住所・所在地

氏名・名称

委任者 住所

氏名 印

(様式9)

年 月 日

口座振替支払依頼書

殿

住所	〒 000-0000 A市aaa2-2-2 TEL 000(000)0000
ふりがな 氏名	えーやま ぴーこ A山 P子 (印)

※私あて支払われる派遣協力費については、次のとおり口座振込してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号							
〇〇銀行				本店					①普通 2当座							
金融機関コード	2	2	2	2	本・支店 コード	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2
ふりがな 口座名義	えーやま ぴーこ A山 P子															

※私あて支払われる旅費については、次のとおり口座振込してください。

なお、派遣協力費振込口座と同じ場合は、口座名義欄に同上と記載してください。

振込口座

金融機関名				本・支店名				預金種別	口座番号							
〇〇銀行				本店					①普通 2当座							
金融機関コード	0	0	0	0	本・支店 コード	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0
ふりがな 口座名義	しゃかいふくしほうじんえー 社会福祉法人A															

委任状

私あて支払われる旅費の受領について、次の者に委任します。なお、振込先口座は上記のとおりです。

受任者	住所・所在地	A市aa222-2
	氏名・名称	社会福祉法人A
委任者	住所	A市aaa2-2-2
	氏名	A山 P子 (印)

(様式10)

移動・宿泊報告書

応援業務に従事するに当たり、次のとおり移動及び宿泊をしたので報告します。

応援先	法人名	社会福祉法人C
	施設等の名称	C市cc333-3
	施設等の所在地	理事長 △△ △△
応援職員の氏名		A山 P子
応援職員の住所		A市aaa2-2-2
その他特記事項		

応援日	移動		宿泊	休日
	住居→施設等	施設等→住居		
1日目	9月1日(火)	○	○	
2日目	9月2日(水)	○	○	
3日目	9月3日(木)	○	○	
4日目	9月4日(金)	○	○	
5日目	9月5日(土)		○	
6日目	9月6日(日)			○
7日目	9月7日(月)			○

上記のとおり相違ないことを証明します。

応援元	法人名	社会福祉法人A	(印)
	代表者名	理事長 △△ △△	
	施設等の所在地	A市aa222-2	

- 注 1 住居から応援先の施設等に移動した日は、「住居→施設等」欄に○を記入する。
2 応援先の施設等から住居に移動した日は、「施設等→住居」欄に○を記入する。
3 応援業務に従事するため宿泊をした日は、「宿泊」欄に○を記入する。
4 応援日のうち休日に当たる日については、「休日」欄に「○」を記入する。