令和　　年　　月　　日

**事業者が新型コロナウイルス感染症の影響で当該施設の責めに帰することができない**

**理由により機能を停止した際の経営資金に係る申請書**

独立行政法人福祉医療機構　理事長　様

申 請 者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者氏名 |  | 印 |

　経営資金の申込みを行う背景となる新型コロナウイルス感染症の状況等について、以下のとおり申請いたします。

※以下のいずれかをご記入いただき、ご提出ください。

１．新型コロナウイルス感染者が出たことによる休業等により減収となった入所施設（地域密着型を除く）で6,000万円超の借入を希望する場合

○新型コロナウイルスの罹患者の状況（該当に○を、１、２の場合はその人数を記載ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コロナウイルス罹患者 | １．入所者（　　人） | ２．施設職員（　　人） | ３．１、２の家族 |

○サービス活動収益（減収となった月と金額等を記載ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 前　年　同　月 | 当　年（　　）月 | 前年同月比 |
| サービス活動収益（万円） |  |  |  |

２．上記以外の施設で、新型コロナウイルス感染症の影響により借入を希望する場合

（●年●月頃から、●●により施設利用者が●割減少など、できる限り詳細に記載してください）