認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業（**耐震化**）

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県（入力不要）	市区町村	実施主体（自治体名）	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容（どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記）	総事業費（千円）	対象経費の実支出（予定）額（千円）	交付基準単価（千円）	交付予定額（千円）	地方負担額（千円）※	**優先順位 実施主体、事業ごとに、優先順位を必ず入力してください**	全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（R4.4.1時点）	左のうち、医療的配慮（人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等）が必要な者（延べ人数）（R4.4.1時点）	国土強靭化地域計画への記載	福祉避難所指定（協定）状況	BCP（事業継続計画）の策定状況	非常災害対策計画 作成状況	非常災害対策計画 作成時期	備考
1	**関東信越厚生局**	9	栃木県	大田原市	大田原市			大田原市地域介護・福祉全面整備計画										有					
2			#N/A																				
3			#N/A																				
4			#N/A																				
5			#N/A																				
6			#N/A																				
7			#N/A																				
8			#N/A																				
9			#N/A																				
10			#N/A																				
11			#N/A																				
12			#N/A																				
13			#N/A																				
14			#N/A																				
15			#N/A																				

＜記載要領＞

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・一整備計画につき一行で入力してください。（セルの結合はしないでください。）

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。　（例）　一施設に1日15人が365日間利用した場合　　15×365＝5,475　（5,475を記入）

※国の補助率10/10（定額）を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。

（別添2）

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業**（大規模修繕）**

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県（入力不要）	市区町村	実施主体（自治体名）	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容（どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記）	総事業費（千円）	対象経費の実支出（予定）額（千円）	交付基準単価（千円）	交付予定額（千円）	地方負担額（千円）※	**優先順位 実施主体、事業ごとに、優先順位を必ず入力してください**	全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（R4.4.1時点）	左のうち、医療的配慮（人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等）が必要な者（延べ人数）（R4.4.1時点）	国土強靭化地域計画への記載	福祉避難所指定（協定）状況	BCP（事業継続計画）の策定状況	非常災害対策計画 作成状況	非常災害対策計画 作成時期	備考
1	**関東信越厚生局**	9	栃木県	大田原市	大田原市			大田原市地域介護・福祉空間整備計画										有					
2			#N/A																				
3			#N/A																				
4			#N/A																				
5			#N/A																				
6			#N/A																				
7			#N/A																				
8			#N/A																				
9			#N/A																				
10			#N/A																				
11			#N/A																				
12			#N/A																				
13			#N/A																				
14			#N/A																				
15			#N/A																				

＜記載要領＞

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・一整備計画につき一行で入力してください。（セルの結合はしないでください。）

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。　（例）　一施設に1日15人が365日間利用した場合　　15×365＝5,475　（5,475を記入）

※国の補助率10/10（定額）を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。

（別添2）

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業（**自家発**）

No.	所管厚生局	都道府県コード	都道府県（入力不要）	市区町村	実施主体（自治体名）	施設の種類	施設の名称	整備計画名	事業内容（どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に明記）	総事業費（千円）	対象経費の実支出（予定）額（千円）	交付基準単価（千円）	交付予定額（千円）	地方負担額（千円）※1	**優先順位 実施主体、事業ごとに、優先順位を必ず入力してください**	全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（R4.4.1時点）	左のうち、医療的処置（人工呼吸器・酸素療法・喀痰吸引等）が必要な者（延べ人数）（R4.4.1時点）	設置場所は適切か※2	国土強靭化地域計画への記載	福祉避難所指定（協定）状況	BCP（事業継続計画）の策定状況	避難確保計画 作成状況	避難確保計画 作成時期	非常災害対策計画 作成状況	非常災害対策計画 作成時期	**該当の場合のみ入力** 機種が可搬（ポータブル）型の場合は「○」	**該当の場合のみ入力** 併設される老人短期入所施設がある場合は「○」	**該当の場合のみ入力** AC列が「○」の場合、面積按分を行っているか	**該当の場合のみ入力** AD列が「×」の場合、その理由説明資料を提出した	備考
1	関東信越厚生局	9	栃木県	大田原市	大田原市			大田原市地域分散・機能型施設等											有											
2			#N/A																											
3			#N/A																											
4			#N/A																											
5			#N/A																											
6			#N/A																											
7			#N/A																											
8			#N/A																											
9			#N/A																											
10			#N/A																											
11			#N/A																											
12			#N/A																											
13			#N/A																											
14			#N/A																											
15			#N/A																											

＜記載要領＞

・行数が足りなくなった場合は、適宜行を追加してください。

・一整備計画につき一行で入力してください。（セルの結合はしないでください。）

・「延べ人数」とは、例として右のような考え方となります。　（例）　一施設に1日15人が365日間利用した場合　　15×365＝5,475　（5,475を記入）

※１国の補助率10/10（定額）を超えた部分について地方負担をしている場合は、その金額を入力してください。

※２浸水等が想定されない場所、大規模地震の際に揺れの激しい場所に設置を検討していないか

認知症高齢者グループホーム等防災改修等支援事業（**水害対策強化事業**）

（別表2）

| No | 所管厚生局 | 都道府県コード | 都道府県（入力不要） | 市区町村 | 実施主体（自治体名） | 施設の種類 | 施設の名称 | 整備計画名 | 事業内容①リストから選択 | 事業内容②（どのような危険性を改善するためのどのような事業内容か、具体的に記載） | 総事業費（千円） | 対象経費の実支出（予定）額（千円） | 交付基準額（千円） | 交付予定額（千円） | 地方負担額（千円）※ | 優先順位 優先順位実施主体、事業ごとに、優先順位を必ず入力してください。 | 建物の構造リストから選択 | エレベータの有無リストから選択 | 全入所（居）者、利用者の数（延べ人数）（R4.4.1時点） | BCP（事業継続計画）の策定状況 | 避難確保計画 作成状況 | 避難確保計画 作成時期 | 非常災害対策計画 作成状況 | 非常災害対策計画 作成時期 | 施設が所在するすべての該当エリアに〇を付けてください。また、該当区域によっては、最大浸水深、地域防災計画による施設の指定の有無、避難確保計画の作成の有無等を記入してください。 | | |