

社会福祉法人代表者 様  
(岐阜市所管の施設等は除く。)

岐阜県健康福祉部障害福祉課長

令和6年度能登半島地震の発生に伴う社会福祉施設等に対する  
介護職員等の派遣依頼について(第9回・10月分)

平素は、県の障がい福祉施策の推進にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。  
標記につきまして、別添のとおりこども家庭庁及び厚生労働省より協力依頼(10月分)がありましたので、貴団体所属の施設・事業所においてご協力が可能な派遣人数について、以下によりご回答いただきますよう、お願い申し上げます。

記

1. 報告対象

令和6年10月1日(火)から10月31日(木)の間で派遣が可能な介護職員等(※)  
(※) ホームヘルパー、介護職員、看護職員、生活支援員、相談員、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等

2. 報告方法・期限

【オンライン回答フォーム】

<https://logofom.jp/form/T8mB/723135>

「【障害児・者】派遣職員登録票」別紙2により、令和6年9月12日(木)までにご報告願います。

3. その他

- ・職員派遣の経費については、基本的には別添2、別添3によりますが、費用の請求書等の提出時期及び請求用紙等につきましては、別途お伝えいたします。
- ・当該締切に関わらず随時登録を受け付けますので、ご報告ください。
- ・本件は、岐阜県災害福祉支援チーム(岐阜DWA T)の派遣要請ではございません。

所 属	岐阜県健康福祉部障害福祉課社会参加推進係		
係 長	塚 本	担 当	浅 野
電 話	058-272-1111 内 3483		
F A X	058-278-2643		
E-mail	<a href="mailto:c11226@pref.gifu.lg.jp">c11226@pref.gifu.lg.jp</a>		