

# 事前提出資料

## 訪問入浴介護

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 指定番号 |  |

作成者

---

---

---

作成日

令和 年 月 日

管理者確認欄（署名）

## 訪問入浴介護

|        |             |       |  |
|--------|-------------|-------|--|
| 法人の名称  |             |       |  |
| 法人の所在地 | 〒           |       |  |
| 連絡先    | TEL<br>Eメール | Fax   |  |
| 代表者職名  |             | 代表者氏名 |  |

|               |             |       |  |
|---------------|-------------|-------|--|
| 事業所番号         |             | 指定年月日 |  |
| 事業所の名称        |             |       |  |
| 事業所所在地        | 〒           |       |  |
| 連絡先           | TEL<br>Eメール | Fax   |  |
| 同一敷地内にある他の施設等 |             |       |  |
| 営業日           |             | 営業時間  |  |

### 1. 管理者

|         |                      |                       |          |
|---------|----------------------|-----------------------|----------|
| 管理者氏名   |                      | 他の施設等との兼務             | 有      無 |
| 従業者との兼務 | 有                  無 | 兼務している他施設<br>の名称とその職務 |          |

### 2. 従業者の人数

|     | 看護職員 |    | 介護職員 |    |
|-----|------|----|------|----|
|     | 専従   | 兼務 | 専従   | 兼務 |
| 常 勤 |      |    |      |    |
| 非常勤 |      |    |      |    |

### 3. 事務室等の面積や設備について

|                           |            |                |              |          |                |
|---------------------------|------------|----------------|--------------|----------|----------------|
| 事務室                       |            | m <sup>2</sup> | 相談室          |          | m <sup>2</sup> |
| 更衣室等                      |            | m <sup>2</sup> | 他の事務所との共用の有無 | 有      無 |                |
| 他の事務所との共用が有る<br>場合        | 共用する事務所の名称 |                |              |          |                |
| 相談室を設けていない場合<br>相談スペースの状況 |            |                |              |          |                |
| 感染症予防に必要な設備及<br>び備品の種類    |            |                |              |          |                |

#### 4. 利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

|          |            |       |     |
|----------|------------|-------|-----|
| 毎回徴収している | 月締めで徴収している | その他   |     |
| 入金方法： 現金 | 銀行等振込み     | 口座振替え | その他 |

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

#### 5. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を記録しているか。

① 記録している ② 記録していない

#### 6. 苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

|               |   |
|---------------|---|
| 苦情処理担当職員の氏名   |   |
| // の資格        |   |
| 苦情処理件数（過去1年間） | 件 |

#### 7. 加算・減算の状況

##### (1) 減算

|   |   |   |
|---|---|---|
| 高齢者虐待防止措置未実施減算  | 有 | 無 |
| 業務継続計画未実施減算（※）  | 有 | 無 |
| 介護職員が3人で行った場合   | 有 | 無 |
| 全身入浴が困難で、清拭又は部分浴を実施した場合                               | 有 | 無 |
| ①事業所と同一敷地内建物等の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合（②を除く） | 有 | 無 |
| ②事業所と同一敷地内建物等の利用者50人以上にサービスを行う場合                      | 有 | 無 |

※ 令和7年4月1日より適用

##### (2) 加算

|                    |   |   |
|--------------------|---|---|
| 特別地域加算             | 有 | 無 |
| 中山間地域等における小規模事業所加算 | 有 | 無 |

|                        |              |   |
|------------------------|--------------|---|
| 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算 | 有            | 無 |
| サービス提供体制強化加算           | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）     | 無 |
| 看取り連携体制加算              | 有            | 無 |
| 介護職員等処遇改善加算            | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） | 無 |
| 初回加算                   | 有            | 無 |
| 認知症専門ケア加算              | 有（Ⅰ・Ⅱ）       | 無 |

年 月 分 (直近の1ヶ月について記入)

事業所名  
割引率

%

| 氏名 | 所定単位<br>訪問入浴介護費<br>(単位数) | 加算状況            |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        | 減算状況                          |                     |                                 |                              |                         | 合計<br>(単位数) | 保険請求額<br>(円) | 本人負担額<br>(円) |
|----|--------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|------------------------|-------------------------------|---------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------|--------------|--------------|
|    |                          | 特別地域加算<br>(単位数) | 中山間地域等<br>小規模事業所加算<br>(単位数) | 中山間地域等<br>利用加算<br>(単位数) | サービス提供体制<br>強化加算<br>(単位数) | 看取り連携<br>体制加算<br>(単位数) | 介護職員等<br>処遇改善加算<br>(単位数) | 初回加算<br>(単位数) | 認知症専門<br>ケア加算<br>(単位数) | 介護職員3<br>人が行った<br>場合<br>(単位数) | 清拭・部分<br>浴<br>(単位数) | 高齢者虐待<br>防止措置<br>未実施減算<br>(単位数) | 同一建物<br>(敷地内)<br>減算<br>(単位数) | 業務継続計画<br>未実施減算<br>(注1) |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
|    |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |
| 合計 |                          |                 |                             |                         |                           |                        |                          |               |                        |                               |                     |                                 |                              |                         |             |              |              |

注1) 業務継続計画未実施減算は令和7年4月1日から適用。  
 注2) 単位数記入の欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。  
 注3) 社会福祉法人において利用者負担減免を実施している方は、右端の欄に○を記入してください。

