

事前提出資料

介護予防通所リハビリテーション

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

作成者 _____ 印

_____ 印

_____ 印

作成日 年 月 日

| | |
|------------|---|
| 管理者確認欄（署名） | 印 |
|------------|---|

介護予防通所リハビリテーション

| | | | |
|-------------|-------------|-------|--|
| 法人（開設者）の名称 | | | |
| 法人（開設者）の所在地 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL 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 | 年 | 月 | 日 |
| 事業所の名称 | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒 | | | | |
| 連絡先 | TEL 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 | | 指定単位数 | |
| 病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院の別 | | | | 定員 | |

1. 管理者

| | | | |
|----------|----------------------|-------------------|----------|
| 管理者氏名 | | 他の施設等との兼務 | 有 無 |
| 他の職種との兼務 | 有 無 | 兼務している他施設の名称とその職種 | |

2. 従業者の人数

| | 担当医師 | | 理学療法士 | | 作業療法士 | | 言語聴覚士 | | 看護・介護職員 | |
|-----|------|----|-------|----|-------|----|-------|----|---------|--------|
| | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 常 勤 | | | | | | | | | () | () |
| 非常勤 | | | | | | | | | () | () |

注) 経験看護師については、()書きで再掲して下さい。

3. 月間のサービス提供状況

単位：人

| | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 年 月 |
|------|------|------|------|------|------|------|
| | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 | 利用者数 |
| 要支援1 | () | () | () | () | () | () |
| 要支援2 | () | () | () | () | () | () |
| 合 計 | () | () | () | () | () | () |

注) 利用者数は延人数で記入し、() 内に実人数を記入して下さい。

4. 専用の部屋の面積や設備について

| 専用の部屋の面積 | m ² | 他の事務所との共用の有無 | 有 無 |
|----------------|----------------|--------------|-----|
| 他の事務所との共用がある場合 | 共用する事務所の名称 | | |

5. 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。

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 ・ 口座引落とし ・ 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。
(重要事項説明書の該当部分を添付)

6. 介護予防通所リハビリテーション計画等について

(1) 介護予防通所リハビリテーション計画は何件作成しているか。
(作成日現在有効な計画)

件（新規 件、変更・更新 件）

(2) サービス担当者会議は一月に何回出席しているか。（過去1年間平均）

回

(3) 利用者1人当たりのモニタリング実施回数（作成日現在の利用者に係る現計画有効期間内の平均実施回数）

回

7. 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 |

8. 加算・減算の状況

| 職員の欠員による減算 | 医師 | PT | OT | ST | 看護職員 | 介護職員 | 無 |
|--|----|----|--------------|----|------|------|---|
| 定員超過による減算 | | | 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 | |
| 若年性認知症利用者受入加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 生活行為向上リハビリテーション実施加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 生活行為向上リハビリテーションの実施後にリハビリテーションを継続した場合の減算 | | | 有 | | | 無 | |
| 運動器機能向上加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 栄養アセスメント加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 栄養改善加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 口腔・栄養スクリーニング加算 | | | 有 (I・II) | | | 無 | |
| 口腔機能向上加算 | | | 有 (I・II) | | | 無 | |
| 選択的サービス複数実施加算 | | | 有 (I・II) | | | 無 | |
| 事業所評価加算 | | | 有 | | | 無 | |
| 科学的介護推進体制加算 | | | 有 | | | 無 | |
| サービス提供体制強化加算 | | | 有 (I・II・III) | | | 無 | |
| 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に介護予防通所リハビリテーションを行う場合 | | | 有 | | | 無 | |
| 利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合 | | | 有 | | | 無 | |

| | | |
|---------------|--------------|---|
| 介護職員処遇改善加算（※） | 有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ） | 無 |
| 介護職員等特定処遇改善加算 | 有（Ⅰ・Ⅱ） | 無 |

（※）加算Ⅳ・Ⅴについては、令和4年3月31日まで。

年 月分 (直近の1か月分について記入)

事業所名

施設等の区分：病院及び診療所・介護老人保健施設・介護医療院

減算の有無：定員超過・人員欠如

指定単位数

全体定員

名

| 氏名 | 加算・減算の状況 (単位数) | | | | | | | | | | | | | | 介護職員処遇改善加算 (単位数) | 介護職員等特定処遇改善加算 (単位数) | 合計 (単位数) | 保険請求額 (円) | 本人負担額 (円) | その他の利用料 (円) |
|----|----------------|------------------------|-----------|------------|--------|------------------------|------------------|-----------------------|---------|-------------|-------------|--------------|--------------------------|--|---------------------|------------------------|-------------|--------------|--------------|----------------|
| | 所定単位数 (単位数) | 生活行為向上リハビリテーション実施加算・減算 | 運動器機能向上加算 | 栄養アセスメント加算 | 栄養改善加算 | 口腔・栄養スクリーニング加算 I・II | 口腔機能向上加算 I・II | 選択的サービス複数実施加算 I・II | 事業所評価加算 | 科学的介護推進体制加算 | 中山間地域等利用者加算 | 若年性認知症患者受入加算 | サービス提供体制強化加算 I・II・III | 事業所と同一建物に居住する者又は同一建物から利用する者に対して介護予防通所リハを行う場合 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1) 単位数を記入する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2) 施設等の区分及び減算の有無については、該当するものを○で囲んでください。
 注3) 全体定員には、貴事業所と一体となっている通所リハビリテーション事業所も含め記入してください。
 注4) 所定単位には、職員の欠員・定員超過による70%算定も含めてください。

介護予防通所リハビリテーション事業従業者一覧

| 職 種 | 氏 名 | 兼務している職務 | 資 格 | 常勤・非常勤の別 |
|-----|-----|----------|-----|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

注) 「兼務している職務」には、貴事業所と一体となっている通所リハビリテーション事業所を記入する必要はありません。

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 住所

氏名 (法人にあつては法人名及び代表者職・氏名)

印

申請者が下記のいずれにも該当しない者であることを誓約します。(但し、申請者が法人である場合は、その役員等が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないこと又は申請者が法人でない事業所である場合は、その管理者が下記の第四号から第六号まで又は第七号から第九号までに該当しないことを誓約します。)

記

(介護保険法第 115 条の 2 第 2 項)

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第百十五條の四第一項の厚生労働省令で定める基準及び同項の厚生労働省令で定める員数を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第百十五條の四第二項に規定する指定介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準又は指定介護予防サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護予防サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 五の三 申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく三月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。
- 六 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定を除く。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものを除く。
- 六の二 申請者(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。)が、第百十五條の九第一項又は第百十五條の三十五第六項の規定により指定(介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定に限る。)を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第十五條の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員等であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない事業所である場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該事業所の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。

ものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

六の三 申請者と密接な関係を有する者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定介護予防サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定介護予防サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定介護予防サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

七 申請者が、第百十五条の九第一項又は第百十五条の三十五第六項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七の二 申請者が、第百十五条の七第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第百十五条の九第一項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 第七号に規定する期間内に第百十五条の五第二項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の前六十日以内に当該届出に係る法人（当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員等又は当該届出に係る法人でない事業所（当該事業の廃止について相当の理由があるものを除く。）の管理者であった者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

九 申請者が、指定の申請前五年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

十 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第七号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十の二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人で、その役員等のうちに第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

十一 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者を除く。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第六号まで又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。

十二 申請者（介護予防特定施設入居者生活介護に係る指定の申請者に限る。）が、法人でない事業所で、その管理者が第四号から第五号の三まで、第六号の二又は第七号から第九号までのいずれかに該当する者であるとき。