

# 事前提出資料

## 介護予防訪問入浴介護

事業所名	
指定番号	

作成者 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

作成日            令和        年        月        日

管理者確認欄（署名）	印
------------	---

## 介護予防訪問入浴介護

法人の名称			
法人の所在地	〒		
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	
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	

### 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場合	共用する事務所の名称				
相談室を設けていない場合 相談スペースの状況					
感染症予防に必要な設備及び備品の種類					

4. 月間の利用者の数（直近のものを記入）

	月分	月分	月分
	人数	人数	人数
要支援1	( )	( )	( )
要支援2	( )	( )	( )
合計	( )	( )	( )

注) 利用者人数は延人数で記入し、( ) 内に実人数を記入して下さい。

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。

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。

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）	

## 7. 加算・減算の状況

特別地域介護予防訪問入浴加算	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
介護職員処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
介護職員等特定処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
介護職員等ベースアップ等支援加算	有	無
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	有	無
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
初回加算	有	無
認知症専門ケア加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無





役員等名簿（申請者が法人の場合）

(ふりがな) 氏 名	生 年 月 日	郵便番号・住所	
	役職名・呼称	TEL	FAX
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
		TEL ( )	FAX ( )
( )	年 月 日	〒	
	管理者	TEL ( )	FAX ( )

備考 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又はその事業所を管理する者その他の政令で定める使用人を含む。

※ 事業所の管理者も必ず記載してください。

2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。