

事前提出資料

訪問介護

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	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
訪問介護員との兼務	有 無	兼務している他施設の名称とその職務	

2. 訪問介護員の人数

		介護福祉士		実務者研修 (基礎研修) (1級)		初任者研修 (2級)		生活援助 従事者研修		保健師 看護師 准看護師		障害者居宅 介護従事者 基礎研修 重度訪問介 護従業者養 成研修	
		専従	兼務	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) 養成研修3級課程修了者については介護報酬を算定することができない。

3. サービス提供責任者

人数 _____ 人（常勤換算）

氏 名	保有資格（サービス提供責任者になれる資格）	勤務形態
		常勤・非常勤
		常勤・非常勤
		常勤・非常勤

※非常勤のサービス提供責任者については常勤換算0.5以上必要。

4. 事務室等の面積や設備について

事務室	m ²	相談室	m ²
更衣室等	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			

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。

6. 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

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

(1) 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算	有	無
業務継続計画未策定減算	有	無
共生型訪問介護を行う場合の減算	有	無
事業所と同一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（以下①～④から選択）		
① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②及び④に該当する場合を除く）	有	無
② ①の建物のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合	有	無
③ ①以外の範囲に所在する建物に居住する者（当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合）	有	無
④ 正当な理由なく、事業所において、前6箇月間に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者（②に該当する場合を除く）に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合	有	無

(2) 加算

特定事業所加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ）	無
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
緊急時訪問介護加算	有	無
初回加算	有	無
生活機能向上連携加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
口腔連携強化加算	有	無
介護職員等処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）	無
定期巡回・随時対応サービスに関する状況	指定有 指定無 整備計画有	
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

%

[illegible]

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) 社会福祉法人において利用者負担減免の実施をしている方は、右端の欄に○を記入してください。

訪問介護事業従業者一覧

[illegible]

注)「兼務している職務」には、貴事業所と一体となっている第一号訪問介護事業所、居宅介護事業所、重度訪問介護事業所を記載する必要はありません。