

事前提出資料

介護予防特定施設入居者生活介護

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）

介護予防特定施設入居者生活介護

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					
所在地	〒				
連絡先	TEL Eメール	Fax			
サービスの種類	外部サービス利用型		一般型		
同一敷地内にある他の施設等					
入居者数	人	入居定員	人	居室数	室
入居者のうち要介護者数	人	入居者のうち要支援者数	人		

注) 入居者数、要介護者数、要支援者数は、特定施設入居者生活介護の対象者を含む施設全体の人数を記載すること。

1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有 無
当該施設における 他の職務との兼務	有 無 兼務する職種名：	兼務している他施設 の名称とその職務	施設名： 兼務する職種名：

2. 従業者の人数

	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員		計画作成担当者	
	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										

3. 計画作成担当者

氏名		資格	
----	--	----	--

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）

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

職員の欠員による減算	有	無
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
身体拘束廃止未実施減算	有	無

(2) 加算

生活機能向上連携加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
個別機能訓練加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
若年性認知症入居者受入加算	有	無
協力医療機関連携加算	有	無
障害者等支援加算	有	無
口腔・栄養スクリーニング加算	有	無
認知症専門ケア加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
生産性向上推進体制加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無

介護職員等処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）	無
退居時情報提供加算	有	無
高齢者施設等感染対策向上加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
新興感染症等施設療養費	有	無
科学的介護推進体制加算	有	無

年 月分（直近の1ヶ月について記入）

事業所名

施設等区分	有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	人員配置区分	一般型	外部サービス利用型	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一月分の保険請求の基礎となった単位数を記入してください。

注2) 施設等区分及び人員配置区分の該当する形態に○を記入してください。

介護予防特定施設入居者生活介護事業従業者一覧

[illegible]

注)「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている特定施設入居者生活介護事業所を記入する必要はありません。