

事前提出資料

通所介護

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）

通所介護

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			
利用定員	人	1日当たりの平均利用者数	人
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
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

	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常 勤								
非常勤								

3. 機能訓練指導員の資格

資 格	
-----	--

4. 専用の部屋の面積や設備について

食堂及び機能訓練室の合計面積	m ²	利用定員1人あたりの面積	m ²
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

職員の欠員による減算	看護職員	介護職員	無
定員超過による減算	有	無	
2時間以上3時間未満の通所介護を行う場合の減算	有	無	
共生型通所介護を行う場合の減算	有	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通所介護を行う場合	有	無	
送迎減算	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	

(2) 加算

施設区分	通常規模	大規模（Ⅰ）	大規模（Ⅱ）
延長加算	有	無	
生活相談員配置等加算 （共生型のみ）	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
中重度者ケア体制加算	有	無
生活機能向上連携加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
個別機能訓練加算	有（Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ）	無
A D L維持等加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
入浴介助加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
認知症加算	有	無
若年性認知症利用者受入加算	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
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
介護職員等処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ）	無
臨時的な利用者数の減少による利用者一人あたりの経費の増加に対応するための加算	有	無
栄養アセスメント加算	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

定員	人	割引率	%
1	1	100	100
2	2	100	100
3	3	100	100
4	4	100	100
5	5	100	100
6	6	100	100
7	7	100	100
8	8	100	100
9	9	100	100
10	10	100	100
11	11	100	100
12	12	100	100
13	13	100	100
14	14	100	100
15	15	100	100
16	16	100	100
17	17	100	100
18	18	100	100
19	19	100	100
20	20	100	100
21	21	100	100
22	22	100	100
23	23	100	100
24	24	100	100
25	25	100	100
26	26	100	100
27	27	100	100
28	28	100	100
29	29	100	100
30	30	100	100
31	31	100	100
32	32	100	100
33	33	100	100
34	34	100	100
35	35	100	100
36	36	100	100
37	37	100	100
38	38	100	100
39	39	100	100
40	40	100	100
41	41	100	100
42	42	100	100
43	43	100	100
44	44	100	100
45	45	100	100
46	46	100	100
47	47	100	100
48	48	100	100
49	49	100	100
50	50	100	100
51	51	100	100
52	52	100	100
53	53	100	100
54	54	100	100
55	55	100	100
56	56	100	100
57	57	100	100
58	58	100	100
59	59	100	100
60	60	100	100
61	61	100	100
62	62	100	100
63	63	100	100
64	64	100	100
65	65	100	100
66	66	100	100
67	67	100	100
68	68	100	100
69	69	100	100
70	70	100	100
71	71	100	100
72	72	100	100
73	73	100	100
74	74	100	100
75	75	100	100
76	76	100	100
77	77	100	100
78	78	100	100
79	79	100	100
80	80	100	100
81	81	100	100
82	82	100	100
83	83	100	100
84	84	100	100
85	85	100	100
86	86	100	100
87	87	100	100
88	88	100	100
89	89	100	100
90	90	100	100
91	91	100	100
92	92	100	100
93	93	100	100
94	94	100	100
95	95	100	100
96	96	100	100
97	97	100	100
98	98	100	100
99	99	100	100

施設等の区分：通常規模・大規模（Ⅰ）・大規模（Ⅱ）

[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) 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○で囲んで下さい。

介護保険適用利用者とその他の利用者一覧

利用定員()人

機能訓練室面積()㎡

年 月

日	介護保険適用利用者		その他 ()	合 計 a + b + c	備 考
	介護サービス a	総合事業 b			
1	人	人	人	人	
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

注1) 作成日の前月の実績を記入のこと。

注2) その他の()内には介護保険以外のサービス名称を記入のこと。

通所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第一号通所介護事業所、生活介護事業所、自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所は記入する必要はありません。