

# 事前提出資料

## 訪問介護

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
------------	---

## 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）

※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。

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
		常勤・非常勤
		常勤・非常勤
		常勤・非常勤

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
要介護1	( )	( )	( )
要介護2	( )	( )	( )
要介護3	( )	( )	( )
要介護4	( )	( )	( )
要介護5	( )	( )	( )
合計	( )	( )	( )

注) 人数の欄について、上段には延べ人数を、( )内には実人数を記入して下さい。

5. 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 共用がある場合	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			

6. 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。

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

特定事業所加算	有 ( I ・ II ・ III ・ IV )	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
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
介護職員初任者研修課程を修 了したサービス提供責任者配 置減算	有	無
事業所と同一敷地内建物等 に居住する利用者 (50人以上 除く) 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
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

年 月分 (直近の1ヶ月について記入)

事業所名  
割引率 %

氏名	所定単位					加算状況									合計 (単位数)	保険請求額 (円)	本人負担額 (円)
	身体介護 (単位数)	生活援助 (単位数)	身体介護・生活援助 混在 (単位数)	通院等の 乗降介助 (単位数)	早朝・夜間・深夜 加算・2人訪問の 有無 (有・無)	特定事業所 加算 (単位数)	特別地域 加算 (単位数)	中山間地域等 小規模事業所 加算 (単位数)	中山間地域等 利用者加算 (単位数)	緊急時訪問 介護加算 (単位数)	初回加算 (単位数)	生活機能向上 連携加算 (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																	

- 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) 所定単位には、次の算定を含めてください。①共生型訪問介護を行った場合の70%または93% ②2人による200%算定及び早朝、夜間、及び深夜の加算 ③介護職員初任者研修課程を修了したサービス提供責任者配置減算を行う場合の70% ④事業所と同一敷地内建物等の利用者(50人以上除く)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の90% ⑤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の85%
- 注3) 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。



### 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	〒	
	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。