

事前提出資料

通所介護

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

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. 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. 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			

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

施設区分	通常規模 大規模(I) 大規模(II)		
	看護職員	介護職員	無
職員の欠員による減算			
定員超過による減算	有		無
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		無
個別機能訓練加算	有 (I・II)		無
A D L維持等加算	有 (I・II)		無
入浴介助加算	有		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
栄養スクリーニング加算	有		無

口腔機能向上加算	有 無
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰイ・Ⅰロ・Ⅱ） 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
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

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 %

施設等の区分：通常規模・大規模(I)・大規模(II)

氏名	所定単位	加算・減算の状況																	合計 (単位数)	保険請求額 (円)	本人負担額 (円)						
	所定単位数 (単位数)	延長加算 (単位数)	生活相談員等 配置加算 (単位数)	中山間地域等 利用者加算 (単位数)	中重度者ケア 体制加算 (単位数)	生活機能向上 連携加算 (単位数)	個別機能 訓練加算 (単位数)	ADL維持等 加算 (単位数)	入浴介助加算 (単位数)	認知症加算 (単位数)	若年性認知症 利用者受入 加算 (単位数)	栄養改善加算 (単位数)	栄養スクリー ニング加算 (単位数)	口腔機能向上 加算 (単位数)	サービス提供 体制強化加算 (単位数)	同一建物減算 (単位数)	送迎減算 (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																											

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。
 注3) 所定単位には、次の算定を含めてください。①共生型通所介護を行った場合の93%または95% ②2時間以上3時間未満の提供及び職員の欠員、定員超過による70%

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()m²

平成 年 月

日	介護保険適用利用者		その他 () c	合 計 a + b + c	備 考
	介護サービス a 人	総合事業 b 人			
1					
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

職 種	氏 名	兼務している種職	資 格	常勤・非常勤の別

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。

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。