

事前提出資料

特定施設入居者生活介護

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

特定施設入所者生活介護

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、介護予防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：
	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. 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	()	()	()

※短期利用型を実施している場合は、その内数を括弧で明記してください。

例：直近月の、要介護3の入居者数が、長期利用8名・短期利用1名の合計9名の場合

要介護3	9 (1)	←入居者総数 ←上段の数のうち、短期利用型の利用者数
------	----------	-------------------------------

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。

（重要事項説明書の該当部分を添付）

6. 身体拘束を行った事例があれば記入してください。

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. 加算の状況

身体拘束廃止未実施減算	有	無				
入居継続支援加算	有	無				
生活機能向上連携加算	有	無				
個別機能訓練体制	有	無				
夜間看護体制	対応不可	対応可				
若年性認知症入居者受入加算	有	無				
医療機関連携加算	有	無				
口腔衛生管理体制加算	有	無				
障害者等支援加算	有	無				
栄養スクリーニング加算	有	無				
退院・退所時連携加算	有	無				
看取り介護加算	有	無				
認知症専門ケア加算	無	加算Ⅰ	加算Ⅱ			
サービス提供体制強化加算	無	加算Ⅰイ	加算Ⅰロ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	
職員の欠員による減算	有	無				
介護職員処遇改善加算	無	加算Ⅰ	加算Ⅱ	加算Ⅲ	加算Ⅳ	加算Ⅴ
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

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	%
-------	-------------------------	--------	---------------	-----	---

氏名	所定単位 (単位数)	加算の状況																合計	保険請求額 (円)	本人負担額 (円)									
		身体拘束廃止未実施減算(日数)		入居継続支援加算(単位数)	生活機能向上連携加算(単位数)	個別機能訓練体制(単位数)	夜間看護体制加算(単位数)	若年性認知症入居者受入加算(単位数)	医療機関連携加算(単位数)	口腔衛生管理体制加算(単位数)	障害者等支援加算(単位数)	栄養スクリーニング加算(単位数)	退院・退所時連携加算(単位数)	看取り介護加算(単位数)	認知症専門ケア加算(単位数)	サービス提供体制強化加算(単位数)	職員欠員による減算(日数)				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)							
		有	無														有						無						
合計																													

- 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) 身体拘束廃止の未実施があった場合は、所定単位数に90%算定を含めてください。
- 注3) 職員の欠員があった場合は、所定単位数に、職員の欠員による70%算定を含めてください。
- 注4) 職員の欠員による減算の欄は、一月における減算の有無日数を記入してください。
- 注5) 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。

