

年度

指定（介護予防）福祉用具貸与事業所運営指導事前提出資料
令和3年4月改訂版

事業所番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

注1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。（重複する部分は省略可）

注2) 「介護報酬自己点検シート」はありませんので、提出不要です。

1 事業所の概要

(1)開設者等の状況

年 月 日現在

開 設 者 の 状 況	法人等の種別及び名称						
	主たる事務所の所在地	〒 ー					
	代表者職氏名						
	他の指定居宅サービス事業者等（栃木県内にあるもので下欄の事業所併設の者を除く。）	①サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		②サービスの種類		事業所名		所在市町村	
③サービスの種類			事業所名		所在市町村		
④サービスの種類			事業所名		所在市町村		
⑤サービスの種類			事業所名		所在市町村		
事 業 所 の 状 況	名称				指 定 年 月 日		
	所 在 地				前 回 実 地 指 導 年 月 日		
					電 話 番 号		
	管理者の氏名						
併 設 す る 指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 所 等	①サービスの種類		事業所名				
	②サービスの種類		事業所名				
	③サービスの種類		事業所名				

※「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所、指定地域密着型サービス、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設をいいます。

※「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

(2) 事業所の平面図（既存資料の活用可）

(3) 参考資料（パンフレットその他施設概要の分かるもの）

2 職員の状況

年 月 日現在

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤の別	専任・兼任の別	兼任先事業所名とその職種	当該事業所の勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

- ※ 1 職種は、管理者、専門相談員等と記載してください。
- 2 資格は、専門相談員、介護福祉士、看護師、ヘルパー1級、無資格等と記載する。
- 3 兼任先事業所が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記載してください。
- 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1としてその割合を記載してください。（例えば常勤専任者が週40時間である場合に、当該職週10時間勤務であれば $10 / 40 = 0.25$ としてください。）
- 5 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

3 勤務実績（直近3月）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 要介護度別実利用者数（直近3月の状況） （単位：人）

	年	月	年	月	年	月
要 支 援 1						
要 支 援 2						
要 介 護 1						
要 介 護 2						
要 介 護 3						
要 介 護 4						
要 介 護 5						
計						

※月の途中で要介護度が変更になった者については、介護度の高い方に区分してください。

