**指定訪問介護事業所　事業所情報**

**令和　　年　　月　　日**

**法人名**

**法人代表者役職名**

**氏　名**

**事業所名**

○　直近１ヶ月間の延べサービス提供時間数　　　　時間

（提供票（利用表）の合計時間（総合事業・居宅介護の提供時間も含む））

○　サービス提供状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 　年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |
| 訪問介護利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 総合事業利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定事業所加算の有無 | 無・有体制要件　・　人員要件　・　重度要件　　該当　期間（　　　年　　月　～　　　年　　月　） |
| 障害者総合支援法に基づく指定居宅介護の有無 | 無・有　指定年月日　　　　年　　　月　　　日（有の場合は以下も記入） |
| 居宅介護提供月 | 　年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |
| 居宅介護利用者数 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）利用者数は、報酬請求に係る実利用者数を記入すること。（直近１２ヶ月分）