事業所情報

（指定居宅介護事業所・重度訪問介護事業所・行動援護事業所・同行援護事業所）

１　対象者：身体障害者　知的障害者　精神障害者　障害児　難病患者等　（いずれかに○をつける。）

２　事業所の概要（事前提出書類提出日の前月の概要）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業者番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 事業所 | 名　称 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | TEL | | | | | | | | | | | | |
| 管理者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の勤務形態 | | 常勤専従　　常勤兼務　（いずれかに○をつける。） | | | | | | | | | | | | |
| 兼務の場合（兼任先名） | |  | | | | | | | | 職種 |  | | | |
| サービス提供責任者 | | 資格（該当する欄に人数を記入） | | | | | | | | | | | | |
| 介護福祉士 | | ※１ | | ※２ | | ※３ | | | ※４ | | 看護師等 | |
| 人 | | 人 | | 人 | | 人 | | | 人 | | 人 | |
| 従業者  （出張所の従業員も含  めて記載して下さい。）  実人数で記入してくだ  さい。 | | 勤務形態  資格 | | | 常勤 | | | | | | 非常勤 | | | |
| 専従 | | 兼務 | | | | 専従 | | | 兼務 |
| 介護福祉士 | | |  | |  | | | |  | | |  |
| ※１ | | |  | |  | | | |  | | |  |
| ※２ | | |  | |  | | | |  | | |  |
| ※３ | | |  | |  | | | |  | | |  |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  |
| ※４ | | |  | |  | | | |  | | |  |
| 看護師等 | | |  | |  | | | |  | | |  |
| その他の従業者 | | |  | |  | | | |  | | |  |
| 前月の総サービス提供時間数 | | | 時間 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険法上の指定訪問介護事業者 | | | 指定年月日 | | |  | | | 事業者番号 | | |  | | |

※１　居宅介護従業者養成研修（介護職員実務者研修）終了者、ヘルパー１級資格保有者

※２　居宅介護職員（介護職員）初任者研修終了者、ヘルパー２級資格保有者

※３　ヘルパー３級資格保有者

※４　同行援護従業者養成研修応用課程修了者、視覚障害者移動介護従業者養成課程修了者等

３　サービスの提供状況（直近の１２か月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 | 年  月 |
| 利用者数計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注）利用者数は、日々の利用者の延べ人数を月ごとに合計者数としてください。