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。