

事前提出資料

介護予防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
------------	---

介護予防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 兼務する職種名：	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：

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
要支援1	()	()	()
要支援2	()	()	()
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、要支援2の入居者数が、長期利用1名・短期利用1名の合計2名の場合

要支援2	2 (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
生活機能向上連携加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
個別機能訓練体制	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
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
口腔・栄養スクリーニング加算	有	無
障害者等支援加算	有	無
職員の欠員による減算	有	無
認知症専門ケア加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
サービス提供体制強化加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
介護職員処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	無
介護職員等特定処遇改善加算	有（Ⅰ・Ⅱ）	無
介護職員等ベースアップ等 支援加算	有	無
科学的介護推進体制加算	有	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)		生活上の機能向上加算(単位数)	個別機能訓練体制(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)	口腔・栄養スクリーニング加算(単位数)	障害者等支援加算(単位数)	認知専門ケア加算(単位数)	サービス提供強化加算(単位数)	定員欠員による減算(日数)		介護職員処遇改善加算(単位数)	介護職員処遇改善特定加算(単位数)				介護職員等ベースアップ等支援加算(単位数)	科学的介護推進体制加算(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) 身体拘束廃止について未実施があった場合は、所定単位に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。

指定介護予防特定施設入所者生活介護事業従業者一覧

職 種	氏 名	兼務している職種	資 格	常勤・非常勤の別

注) 「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている特定施設入居者生活介護事業所を記入する必要はありません。