

事前提出資料

介護予防福祉用具貸与

事業所名	
指定番号	

作成者

作成日

令和 年 月 日

管理者確認欄（署名）

介護予防福祉用具貸与

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	
同一敷地内にある他の施設等			
営 業 日		営 業 時 間	

1. 管理者

管理者氏名		他の施設等との兼務	有 無
他の職務との兼務	有 無	兼務している他施設の 名称とその職務	

2. 従業者の人数

	福祉用具専門相談員	
	専 従	兼 務
常 勤		
非常勤		

3. 事務室等の面積や設備状況

事務室	m ²	他の事業所との事務所の共有	有	無
他の事務所との共有がある場合	共用する事務所の名称			
相談受付スペース	m ²			

消毒の状況	自社消毒	一部委託	全部委託
委託先名称（委託の場合）			
保管庫の面積 （自社消毒の場合）	m ² （うち消毒及び補修済み福祉用具保管庫 （うちそれ以外の福祉用具保管庫		m ² m ² ）
福祉用具貸与の 保管及び消毒に 必要な設備、器 材 （自社消毒の場合）			

4. 取り扱う種目に○を記入してください。

車いす		車いす付属品		特殊寝台	
特殊寝台付属品		床ずれ予防用具		体位変換器	
手すり		スロープ		歩行器	
歩行補助つえ		認知症老人徘徊感知機器		移動用リフト	
自動排泄処理装置					

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 口座振替え 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。

6. 身体的拘束について

(1) やむを得ず身体的拘束を行った事例があるか。

① 事例がある ② 事例はない

(2) やむを得ず身体的拘束を行う際にその理由や状態を記録しているか。

① 記録している ② 記録していない

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・減算の状況

(1) 減算

高齢者虐待防止措置未実施減算 (※)	有	無
業務継続計画未策定減算	有	無

※ 令和9年4月1日より適用

(2) 加算

特別地域加算	有	無
中山間地域等における小規模事業所加算	有	無
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	有	無

年 月分 (直近の1ヶ月について記入)

事業所名

[illegible]

注1) 高齢者虐待防止措置未実施減算は令和9年4月1日から適用。

注2) 単位数を記入する欄には利用者個人ごとに保険請求の基礎となった単位数の一月分の合計を記入してください。

介護予防福祉用具貸与事業従業者一覧

[illegible]

注)「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている福祉用具貸与事業所は記入する必要はありません。