

年度

指定介護予防支援事業所運営指導事前提出資料
令和3年4月改訂版

事業所番号	0	9								
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所名	
------	--

注1) 複数の事業所を併設している事業所については、事業ごとに資料を作成してください。(重複する部分は省略可)

注2) 「介護報酬自己点検シート」も提出してください。

1 事業所の概要

(1)開設者等の状況

年 月 日現在

開設者の状況	法人等の種別及び名称						
	主たる事務所の所在地	〒 ー					
	代表者職氏名						
	他の指定居宅サービス事業者等（栃木県内にあるもので下欄の事業所併設の者を除く。）	①サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		②サービスの種類		事業所名		所在市町村	
		③サービスの種類		事業所名		所在市町村	
④サービスの種類			事業所名		所在市町村		
⑤サービスの種類			事業所名		所在市町村		
事業所の状況	名称				電話番号		
	所在地	〒 ー					
	管理者の氏名						
	併設する指定居宅サービス事業所等	①サービスの種類		事業所名			
		②サービスの種類		事業所名			
③サービスの種類			事業所名				

※「指定居宅サービス事業所等」とは、指定居宅サービス事業所、指定地域密着型サービス事業所、指定居宅介護支援事業所及び介護保険施設をいいます。

※「併設する」とは、開設者が同じで同一敷地内にあるものをいい、当該施設と公道を挟んで隣接するものを含みます。

(2)事業所の平面図（既存資料の活用可）

2 職員の体制

年 月 日現在

職 種	氏 名	年 齢	資 格	常勤・非常勤 の別	専任・兼任の 別	兼任先事業所名と そ の 職 種	当該事業所の 勤務割合	勤続年数		備 考
								年	月	

- ※ 1 職種は、管理者、介護支援専門員等と記載してください。
- 2 資格は、介護支援専門員、看護師等と記載してください。
- 3 兼任先事業所が同一事業所の別職種である場合は、「同事業所」として兼務する職種を記載してください。
- 4 当該事業所の勤務割合は、常勤専任者の勤務時間を1として割合を記載し、例えば常勤専任者が週40時間である場合に、当該職員が週10時間勤務であれば10/40=0.25とします。
- 5 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいい、勤続年数の算定にあたっては、当該事業所における勤続年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

3 勤務実績（直近3か月分）

勤務実績表（勤務実績が確認できるものであれば、既存の書類でも可）

4 指定居宅介護支援事業所への委託状況

年 月 日現在

委託の有無	有・無 *有の場合は下記に委託先及び件数を記載してください。		
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件
委託先事業所		委託件数	件

5 要介護度別実利用者数（直近3か月の状況）

（単位：人）

	年 月	年 月	年 月
要 支 援 1			
要 支 援 2			
計	0	0	0

※月の途中で要介護度が変更になった者については、介護度の高い方に区分してください。

501 介護予防支援費

点検項目	点検事項	点検結果	
初回加算	新規に介護予防サービス計画を作成	<input type="checkbox"/> 該当	
委託連携加算	指定介護予防支援事業所が利用者に提供する指定介護予防支援を指定居宅介護支援事業所（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第38号）第2条第1項に規定する指定居宅介護支援事業所をいう。以下同じ。）に委託する際、当該利用者に係る必要な情報を当該指定居宅介護支援事業所に提供し、当該指定居宅介護支援事業所における介護予防サービス計画の作成等に協力	<input type="checkbox"/> 該当	