

# 事業所の概要

指定居宅介護事業所・重度訪問介護事業所・同行援護事業所・行動援護事業所

## 1 事業所の概要

法人名						
事業者番号						
事業所	名称					
	住所	TEL				
サービス種別		居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護 (いずれかに○をつける)				
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)				
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		兼務先名			職種	
サービス提供責任者	資格 (該当する欄に人数を記入)					
	※1 該当	※2 該当	※3 該当	※4 該当	看護師等	
	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	常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
	資格					
	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終了者等

## 2 サービスの提供状況 ※事前提出書類提出日の前月分から過去1年分を記入

提供年月												
利用者数計												

(注) 利用者数は、自立支援給付費請求に係る実利用者数を記入すること。