

令和6年度
介護保険 居宅サービス
(指定訪問リハビリテーション)
事前提出資料

事業所の名称	
事業者（法人等）の名称	
介護保険事業所番号	
運営指導年月日	令和 年 月 日
運営指導立会者	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
	職名 _____ 氏名 _____
事前提出資料作成担当者	職名 _____ 氏名 _____
	連絡（問合せ）先 TEL： _____

◆ 提出資料…A4サイズで両面出力し、添付漏れがないか、提出前に再度確認してから、提出してください。

<p>事前提出資料</p> <p><input type="checkbox"/> 1 事業所の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 2 事業者（事業所設置法人）の概要</p> <p><input type="checkbox"/> 3-1 従業員の配置状況</p> <p><input type="checkbox"/> 3-2 勤務表（運営指導前月実績）</p> <p><input type="checkbox"/> 3-3 退職者の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 4 事業所の平面図</p> <p><input type="checkbox"/> 5 居宅サービス（訪問リハビリテーション）利用者の一覧表</p> <p>自己点検表</p> <p><input type="checkbox"/> 6 自己点検表</p>	<p>各種加算等自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/> 7 104 訪問リハビリテーション費</p> <p><input type="checkbox"/> 8 404 介護予防訪問リハビリテーション費</p> <p>その他資料</p> <p><input type="checkbox"/> 9 運営規程</p> <p><input type="checkbox"/> 10 重要事項説明書</p> <p><input type="checkbox"/> 11 事業所のパンフレット</p> <p><input type="checkbox"/> 12 研修年間計画表</p> <p><input type="checkbox"/> 13 年間行事予定表</p> <p>※11～13については作成している場合のみ1部提出をお願いします。</p>
--	---

※記載不要。指導監査課で記載します。

指導監査課	<p>●職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p> <p>○職名 _____ 氏名 _____</p>
-------	---

1 事業所の概要

ふりがな 事業所の名称				
事業所所在地				
事業開始年月日	年 月 日	従業者数	常 勤 人	
			非 常 勤 人	
			合 計 人	
ふりがな 管理者氏名				
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
	メールアドレス			
併設事業所				
事業所の特色及び 特に配慮していることが あったら、記入してくだ さい。				
ホームページ 公開の有無	有・無	有の場合は、アドレスを 記入してください。 →	http://www.	
交通アクセス	(近くの目印になる公共の施設や建物を記入してください)			

※ ハンフレット等を作成している場合は、1部添付してください。

2 事業者（事業所設置法人）の概要

ふりがな 事業者名 (法人等の名称)				
所在地				
ふりがな 代表者職氏名	職名		氏名	
連 絡 先	電 話	() -	FAX	() -
法人の沿革	(法人の設立年月日、変遷等を簡潔にご記入ください。)			

※1. 2ともに書類作成時点の状況で記入してください。

3-1 従業者の配置状況

※運営指導当日に所属している従業者(採用予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格	兼務先及び兼務先での週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数)	資格取得年月日	
管理者	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . ()	S・H・R . .	週: h

※記入上の留意事項

- ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。
 - ・常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。
 - ・非常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。
- ② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間等)
- ③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。
- ④ 職名は、運営基準に定められている職名(管理者、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)で記入すること。

3-2 勤務表(運営指導前月実績)を、1部添付してください。

※運営指導が月の初旬の場合は、前々月の実績を添付してください。

3-3 退職者の状況

※前年度4月から運営指導当日までの退職者(予定を含む)について記入してください。

職名 ※兼務がある場合、その職名も記入	常勤・非常勤の別	氏名	資格	兼務先及び兼務先での 週当たりの勤務時間 (兼務がある場合のみ記入)
	週当たりの勤務時間	採用年月日(勤務年数) 退職年月日(退職理由等を記入)	資格取得年月日	
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h
	常勤・非常勤			兼務先:
	週 h	S・H・R . . . () H・R . . . 退職 ()	S・H・R . . .	週: h

S・H・R ※記入上の留意事項

- ① 正規職員以外の職員(非常勤職員、パートタイマー等)ももれなく記入してください。
 - ・常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をする方です。
 - ・非常勤職員とは、事業所の就業規則で定められている週当たりの勤務時間数の勤務をしない方です。
- ② 「勤務形態」欄については、雇用契約書等に基づく勤務時間数を記入してください。(例:週○時間、週○日○時間、月○日○時間等)
- ③ 記入欄が不足する場合は、この様式をコピーし追加して作成してください。
- ④ 職名は基準に定められている職名(管理者、医師、看護職員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)で記入すること。

4 事業所の平面図

※既存の資料(指定申請時添付資料等)での提出でも可能です。この様式は枠内の質問に回答の上、必ず提出してください。

※公用車(軽自動車)での運営指導訪問：(可 ・ 不可) 駐車場：(有 ・ 無)

※ 併設事業所の場合等、建物の一部を使用している場合は区分がわかるように作成してください。

5 居宅サービス（訪問リハビリテーション）利用者の一覧表

No	利用者氏名	年齢	要支援 要介護 状態区分	利用開始年月日	サービスの利用頻度 (週か月どちらかに回数を 記載して下さい)	当該利用者の 居宅サー ビス計画を作 成している居 宅介護支援 事業所	特記事項 (入院中、喀痰吸 引等特別な処置 等ある場合は記 載して下さい。)	保険 者名
1			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
2			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
3			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
4			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
5			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
6			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
7			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
8			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
9			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
10			要支援 要介護	H 年 月 日 R	週: 回 月: 回			
居宅サービス(訪問リハ) 利用者の人数			要支援Ⅰ: 人 要支援Ⅱ: 人	要介護1: 人 要介護2: 人 要介護3: 人 要介護4: 人 要介護5: 人	合 計			人

※記入上の留意事項

- ① 記入欄が不足する場合はこの様式を複写して追加してください。
- ② 運営指導日の前月(運営指導が月の初旬の場合は前々月)の状況について記入してください。
- ③ 1事業所で複数の事業を行っている場合は、事業ごとに別の用紙に記入してください。
- ④ 事業所で作成されている既存の利用者名簿があれば、それで差し支えありません。