

令和 年度
介護保険 介護予防サービス
(指定介護予防支援)
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	
実地指導年月日	令和 年 月 日
実地指導立会者	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 <input type="checkbox"/> 2 事業所設置法人の概要 <input type="checkbox"/> 3-1 従業員の配置状況 <input type="checkbox"/> 3-2 勤務表（実地指導前月実績）別表1 <input type="checkbox"/> 3-3 退職者の状況 <input type="checkbox"/> 4 事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 5 介護予防支援事業所利用者の一覧表 <input type="checkbox"/> 6 介護予防支援の状況 別表2</p> <p>介護予防支援自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/> 7 指定基準編</p>	<p>介護予防支援費自己点検シート</p> <p><input type="checkbox"/> 8 報酬算定編</p> <p>その他資料</p> <p><input type="checkbox"/> 9 運営規程 <input type="checkbox"/> 10 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 11 事業所のパンフレット <input type="checkbox"/> 12 研修年間計画表</p> <p>※11～12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	令和 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)			

※ パ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 従業員の配置状況 ※実地指導当日に所属している従業員(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(年齢)	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 . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . ()	S・H . .	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、「給料」欄の月額・日額・時給の該当するものを○で囲み、その単価を記入してください。
 - ・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。

3-2 勤務表(実地指導前月実績)を、1部添付してください。別表1

3-3 退職者の状況

※前年度4月から実地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(年齢)	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 h	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 . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	週: h
	常勤・非常勤	()		兼務先:
	週 h	S・H . . . () H . . . 退職 ()	S・H . . .	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、「給料」欄の月額・日額・時給の該当するものを○で囲み、その単価を記入してください。
・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 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)での実地指導訪問 : (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 介護予防支援事業所利用者の一覧表

事業所名(_____)

No	利用者氏名	年齢	要支援 状態区分	利用開始年月日	当該利用者の居宅サービス 計画を作成している担当職員	備 考
1			要支援	年 月 日		
2			要支援	年 月 日		
3			要支援	年 月 日		
4			要支援	年 月 日		
5			要支援	年 月 日		
6			要支援	年 月 日		
7			要支援	年 月 日		
8			要支援	年 月 日		
9			要支援	年 月 日		
10			要支援	年 月 日		
介護予防支援事業所 利用者の人数			要支援1 : 人 要支援2 : 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 実地指導日の前月の状況について記入してください。
- ③ 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。

6 介護予防支援の状況(実施指導前月実績)を、1部添付してください。