**指定介護予防支援事業所　概要**

サービスの種類 ：介護予防支援

１　介護予防支援事業者の概要　　　　　　　　　　　　　　　　【令和　 　　年　　　 月　 　　日現在】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | | 指定年月日 | |  |
| 事業所番号 |  | |  | | |
| 事業所の所在地 |  | | 電話番号 |  | |
| 代表者 職氏名 |  | | ＦＡＸ番号 |  | |
| 開設者名（法人名） |  | | | | |
| 管理者氏名 |  | | | | |
| 併設している事業所等の種別、名称 | |  | | | |

２　職員の状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | 職　　種 | 常勤・非常勤の別 | 専従・兼務の別 | 兼務の場合の  兼務先・職種 | 介護予防支援担当利用者数 | ※包括のみ  左のうち委託利用者数 |
|  | |  | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 |  | (　　　) | (　　　) |
|  | |  | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 |  | (　　　) | (　　　) |
|  | |  | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 |  | (　　　) | (　　　) |
|  | |  | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 |  | (　　　) | (　　　) |
|  | |  | 常勤・非常勤 | 専従・兼務 |  | (　　　) | (　　　) |
|  | |  |  |  | 利用者数計 | (　　　) | (　　　) |
| 注） | ① 事業所概要には、直近の月の勤務実績に基づく勤務形態一覧表を添付してください。  ② 兼務の場合の兼務職種については、「地域包括支援センター相談員」、「特別養護老人ホーム介護支援専門員」等、具体的に記入してください。  ③ 「担当利用者数」欄には、給付管理している利用者数を記入してください。  なお、給付管理をしていない利用者の人数は、（　）内に記入をしてください。  ④ 設置者が地域包括支援センターの場合のみ、右側の委託利用者数を記入してください。なお、委託している利用者がいない場合、０（ゼロ）を記入してください。  また、職員ごとの委託利用者数が具体的に記入できない場合は、「利用者数計」の欄へ合計数を記載してください。 | | | | | | |

３　利用者の介護度　（単位：人）

|  |  |
| --- | --- |
| 要支援１ | 要支援２ |
|  |  |