

指定障害福祉サービス事業者等現況報告書 (居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護)

※色の付いた部分に入力(記載)願います。

平成 30 年4月1日現在

1 事業所の概要

記入年月日 平成 30 年 5 月 25 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会			
法人所在地	河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地			
法令遵守責任者名	賀陽 龍司			
法人電話番号	01564-2-4632	ファックス番号	01564-2-4630	
事業所名称	社会福祉法人上士幌福寿協会指定障害者居宅介護事業所			
事業所所在地	114700700			
事業所電話番号	01564-2-3603	ファックス番号	01564-2-2772	
記入者	所属	suzu-kai@kamishihoro.or.jp		
	職名	主任訪問介護員兼サービス提供責任者	氏名	梶田 洋子
サービスの種別 (有/無)	居宅介護	重度訪問介護	同行援護	行動援護
	有	有	無	無

注 出張所等がある場合は、適宜欄を追加して記入するか、別葉に記載して添付してください。

2 前年度の利用者の状況

別紙1「平成 年度利用者の状況」に記入してください。

3 添付資料

- (1) 重要事項等説明書(前年度から変更があった場合のみ添付してください)
- (2) 直近1ヶ月の勤務実績表の写し(従業者の日々の勤務時間、常勤・非常勤の別、職種、管理者との兼務関係等が明確になっているもの)または従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(参考様式)
なお、事業内容等に変更(新たな出張所等の開設、従業者の異動等)があり、直近1ヶ月の勤務実績表によることが適当でない場合は、変更月の勤務予定表を添付して差し支えありません。

(別紙1)

平成30年度 利用者の状況

事業所名 社会福祉法人上士幌福寿協会指定障害者居宅介護事業所

1 利用者実人数

(単位:人)

区 分	平成29年									平成30年			年度計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
居宅介護	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
身体介護													
通院介助(身体介護を伴う場合)													
家事援助	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
通院介助(身体介護を伴わない場合)													
通院等乗降介助													
重度訪問介護													
同行援護													
行動援護													

注1 指定居宅介護等を利用した者の実人数を区分ごとに記入してください。

(例) 1人の利用者が身体介護と家事援助を利用した場合は、「居宅介護」、「身体介護」、「家事援助」欄にそれぞれ1とカウントしてください。

注2 「年度計」欄は、指定居宅介護等を利用した者の実人数を記入してください。(各月ごとの実人数を合算するものではありません。)

2 利用者延べ人数

(単位:人)

区 分	平成29年									平成30年			年度計
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
居宅介護	1	2	5	3	4	5	4	4	5	3	4	4	44
身体介護													
通院介助(身体介護を伴う場合)													
家事援助	1	2	5	3	4	5	4	4	5	3	4	4	44
通院介助(身体介護を伴わない場合)													
通院等乗降介助													
重度訪問介護													
同行援護													
行動援護													

注1 指定居宅介護等を利用した者の延べ人数を区分ごとに記入してください。

注2 「年度計」欄は、各月ごとの延べ人数の合計を記入してください。