

介護保険施設等現況報告書

(訪問介護)

※ 色の付いた部分に入力(記載)願います。

1 事業所の概要

記入年月日 令和 3 年 4 月 20 日

法人名	社会福祉法人上士幌福寿協会		
法人所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
法人電話番号	01564-2-4632		
事業所名称	社会福祉法人上士幌福寿協会指定訪問介護事業所		
事業所番号	0174700153		
事業所所在地	北海道河東郡上士幌町字上士幌東2線242番地		
事業所電話番号	01564-2-3603		
電子メールアドレス	suzu-kai@Kamishihoro.or.jp		
記入者	所属	訪問介護事業所	
	職名	サービス提供責任者	氏名 栴田 洋子

2 利用者の状況(4月1日現在)

登録者数	47	人【うち、第1号訪問介護事業(介護予防訪問介護相当)利用者	18	人】
------	----	-------------------------------	----	----

3 添付資料

当該年4月における勤務表の写し(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)。

※ 予定・実績どちらでも構いません。

この報告書は介護保険法第24条の規定に基づき報告を求めるものです。
提出しない場合や基準違反等が疑われた場合は、実地指導等により確認させていただく場合があります。