**介護予防支援**

**新規指定**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | | |
| 営業日 | | （祝日含む・含まない） | | その他休日 |  |
| 営業時間 | | | ○○：○○～○○：○○ | | |

|  |
| --- |
| 介護予防支援の指定を希望する理由を教えてください（法人変更の場合、変更理由について差し支えない範囲で教えてください） |
|  |
| 法人代表者や役員、管理者（予定含む）はどのように介護保険事業に関わってきましたか |
|  |
| 従業員の確保はどのようにしましたか |
|  |
| 利用者確保はどのように努めますか |
|  |
| 介護予防に関するスキル向上はどのように行いますか。 |
|  |
| 介護予防支援の指定を受けるにあたり、地域に対してどのように周知しますか。 |
|  |
| 最初の介護報酬が入るまで（約２か月）の資金計画はありますか？（差し支えない範囲で教えてください）※既に居宅介護支援事業を運営している場合は回答不要です。 |
|  |
| 損害賠償保険の加入状況を教えてください（保険名称・保険会社名） |
|  |
| 事業所は建物の何階部分に開設予定か教えてください。 |
| ○階建て○階部分 |
| 業務継続計画（BCP）について、令和６年４月１日より策定が義務付けられますが、策定していますか。※令和６年４月１日時点で策定されていない場合、基本報酬が減算となります。（例外規定有） |
| □作成済み  □作成中（令和　年　月に完成予定） |
| 【法人変更の場合のみ】現在の従業員・利用者は引き継がれますか？引き継がれる割合等の状況を教えてください。また利用料金等の変化があればその状況について教えてください |
|  |
| 最寄り駅から事業所までの経路を教えてください |
| 【最寄り駅から徒歩の場合】   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 最寄り駅 | 路線名 | ～ | 事業所まで徒歩  ○○分 | |  |  | |
| 【最寄り駅からバスの場合】   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 最寄り駅 | 路線名 | ～ | バス停 | 路線名 | ～ | バス停 | ～ | 事業所まで徒歩○○分 | |  |  |  |  |  | | バス乗車時間：○○分 | | | |   ※最寄り駅の路線名は横浜市営地下鉄、京急線といったように入力してください。  ※バスの路線名は市営バス○○系統○○行きといったように入力してください。 |

※枠は適宜大きくしてください

**事業運営実績表**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

現在、法人で運営している介護保険事業所にチェックし、事業所数を横浜市内、市外に分けて以下に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック | サービス種類 | 横浜市内 | 横浜市外 |
|  | **【居宅サービス】** | か所 | か所 |
| □ | （介護予防）訪問介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問入浴介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問看護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）居宅療養管理指導 |  |  |
| □ | （介護予防）通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）通所リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所療養介護 |  |  |
| □ | （介護予防）特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）福祉用具貸与 |  |  |
| □ | 特定（介護予防）福祉用具販売 |  |  |
|  | **【居宅介護支援】** | か所 | か所 |
| □ | 居宅介護支援 |  |  |
|  | **【介護保険施設】** | か所 | か所 |
| □ | 介護老人福祉施設 |  |  |
| □ | 介護老人保健施設 |  |  |
| □ | 介護療養型医療施設 |  |  |
|  | **【地域密着型サービス】** | か所 | か所 |
| □ | 定期巡回・随時対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 夜間対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 地域密着型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）小規模多機能型居宅介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型共同生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |
| □ | 複合型サービス |  |  |
|  | **【介護予防支援】** | か所 | か所 |
| □ | 介護予防支援 |  |  |
|  |  |  |  |
| □ | 特になし |  |  |

※各サービスの事業所数が「０」の場合、何も記入しなくて結構です（全てに「０」を記入する必要はありません）。