

事業所概況説明書

複数の事業所をお持ちの場合は各事業所ごとに記入してください。

|                 |                                               |                                       |
|-----------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 事業所名            |                                               |                                       |
| サービス種別<br>(□に✓) | <input type="checkbox"/> 訪問介護                 | <input type="checkbox"/> 訪問看護         |
|                 | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護             | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護     |
|                 | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護    |
|                 | <input type="checkbox"/> 看護・小規模多機能型居宅介護       | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 |
|                 | <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（地域密着型含む）    | <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設     |
|                 | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（地域密着型含む） | <input type="checkbox"/> 介護医療院        |
|                 |                                               |                                       |

----- ここからは訪問介護、訪問看護事業所のみ記入してください。 -----

【 夜間等のサービス提供の実績 】

前年度に早朝（6～8時）、夜間（18～22時）及び深夜（22～6時）の実績があった月を下記の表に記載してください。

※但し、令和8年4月以降に開所した事業者は、申請時までの実績を記載してください。

| 時 間 | < 実 績 >                                              |                             |
|-----|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 早 朝 | <input type="checkbox"/> あり（                      月） | <input type="checkbox"/> なし |
| 夜 間 | <input type="checkbox"/> あり（                      月） | <input type="checkbox"/> なし |
| 深 夜 | <input type="checkbox"/> あり（                      月） | <input type="checkbox"/> なし |