

_____年度

大津市指定障害福祉サービス事業所

【共生型生活介護】

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所番号 | | | | | | | | | | |
| 法人名 | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | | | |

大津市福祉指導監査課

〒520-8575 大津市御陵町 3 番 1 号

電話:077-528-2912

1 事業所の概要

開設者等の状況

年 月 日現在

| | | |
|--------|------------------|---|
| 開設者の状況 | 法人等の名称 | |
| | 法人等の種別 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 — |
| | 代表者名 | |
| | 代表者の住所 | |
| | 他の指定障害福祉サービス事業所等 | ①サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ②サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ③サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ④サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () ⑤サービスの種類 () 事業所名 () 所在市町村 () |
| 事業所の状況 | 名称 | |
| | 所在地 | 〒 — |
| | 管理者の氏名 | |
| | サービス管理責任者の氏名 | |
| | 事業所名称 | |
| | サービス種別 | |
| | 定員 | |
| 指定年月日 | | |

3 介護給付費等の請求状況

(1) 介護給付費等の請求状況（直近3月）

| 項目 | 介護給付費請求件数及び金額 | | | | | | | | |
|--------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|---------------|----------------------|---------------|
| | 年 月 | | | 年 月 | | | 年 月 | | |
| | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） | 請求件数 合計（件） | 市外利用者 請求件数 *再掲 | 請求金額 合計（円） |
| 共生型生活介護サービス費 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| 加算 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

(2) 利用者負担（1割負担分）の請求状況（直近3月）

| 年 月 | 人数（人） | 金額（円） |
|-----|-------|-------|
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |
| 年 月 | | |

※サービス種別ごとではなく合計で記入してください。

(3) 利用料の徴収方法（直近月）* 年 月末現在（人）

| | |
|----------|--|
| 本人から現金徴収 | |
| 家族が持参 | |
| 銀行振込 | |
| その他 | |

※サービス種別ごとではなく合計で記入してください。

(4) 利用者の便益を向上させるものとして、利用者に負担を求めている金銭の請求内容（直近3月）（円）

| 項目 | 金額等 | 単 価（円） | 年 月 | 年 月 | 年 月 | 備 考 |
|----|-----|--------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

※1 利用者の便益を向上させるものとして、利用者に負担を求めている金銭の内容として、あらかじめ決められているものの一覧表を添付してください。

※2 サービス種別ごとに内容が異なる場合、「備考」欄にサービス種別を記入してください。

4 利用者の状況 (直近月) * 年 月末現在

| 障害支援区分等 | | 前年度の 延利用者数 | 直近月の 延利用者数 | 知的 障害 | 精神 障害 | 身体 障害 | 難病 等 | 65才 以上 |
|---------|--------|---------------|---------------|----------|----------|----------|---------|-----------|
| 障害支援区分 | 区分認定なし | | | | | | | |
| | 区分 1 | | | | | | | |
| | 区分 2 | | | | | | | |
| | 区分 3 | | | | | | | |
| | 区分 4 | | | | | | | |
| | 区分 5 | | | | | | | |
| | 区分 6 | | | | | | | |
| 介護保険区分 | 要支援 | | | | | | | |
| | 要介護 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | |

※ 「知的障害」、「精神障害」、「身体障害」、「難病等」について、支給決定に係る当該利用者の主な障害種別に、実利用者数を記入してください。

※ 「65才以上」について、対象者がある場合、実利用者数を記入（再掲）してください。

5 苦情処理、事故発生時の対応等

(1) 苦情処理の状況（直近3件）

| 苦情受付年月日 | 苦 情 の 主 な 内 容 |
|---------|---------------|
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |
| 年 月 日 | |

(2) 緊急時・事故発生時の対応状況（直近3件）

| 事故発生年月日 | 事 故 等 の 内 容 | 事 故 発 生 等 に 対 す る 具 体 的 対 応 |
|---------|-------------|-----------------------------|
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |
| 年 月 日 | | |