（別 紙）

介護予防支援事業所の指定に関わる事前確認調書

　　　　　　　届出日　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者名称（法人） |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |
| E-mail |
| 法人の設立年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 運営事業 | （事業所名称・サービス種別（事業開始日）等を記入） |

指定を希望する事業所の現在の運営状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名称 |  | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所として指定（更新）を受けた日 （ 　　年　　月　　日） | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | |
| 管理者名・職種 |  | | | | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | | | | | | |
| E-mail | | | | | | |
| 従業者数 | 常勤 | 非常勤 | 職種別 | 主任介護支援専門員 | | 介護支援専門員 | その他 |
| 人 | 人 | 人 | | 人 | 人 |
| 介護保険法及び介護保険施設等監査方針の定めに基づく監査の有無 | | | | | 有　・　無 | | |
| 直近の運営指導を受けた実施日　（　　　年　　月　　日） | | | | |  | | |

＜参 考＞ 保険者市町村別の担当被保険者実績（内 訳）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | ○○（市町村） | | （市町村） | | （市町村） | | （市町村） | |
| 被保険者数 | 件 | | 件 | | 件 | | 件 | |
| 介護・支援の別 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 |
| 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |