|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事前提出資料  福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与 | | | | | |
|  | | 事業所名 |  |  | |
| 事業所番号 |  |
| 作成者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  作成日　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | |
|  | 管理者確認欄（署名） 印 | | | |  |
|  | | | | | |

福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人の名称 |  | | |
| 法人の所在地 | 〒 | | |
| 連　絡　先 | ℡ Fax  Eﾒｰﾙ | | |
| 代表者職名 |  | 代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | | 指定年月日 | | 年 月　日 |
| 事業所の名称 | |  | | | |
| 所　在　地 | | 〒 | | | |
| 連　絡　先 | | ℡ Fax  Eﾒｰﾙ | | | |
| 同一敷地内にある他の施設等 | |  | | | |
| 営業日 | |  | 営業時間 |  | |

１．管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 管理者氏名 |  | 他の施設等との兼務 | 有　　　　無 |
| 他の職務との兼務 | 有 無 | 兼務している他施設  の名称とその職務 |  |

２．従業者の人数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 福祉用具専門相談員 | |  |
| 専　　従 | 兼　　務 |
| 常　勤 |  |  |
| 非常勤 |  |  |

３．月間の利用者の数 （直近の月から６ヶ月分を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （福祉用具貸与） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 人数 | 人数 |
| 要支援１ |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （福祉用具貸与） | 月分 | 月分 | 月分 |
| 人数 | 人数 | 人数 |
| 要支援１ |  |  |  |
| 要支援２ |  |  |  |
| 要介護１ |  |  |  |
| 要介護２ |  |  |  |
| 要介護３ |  |  |  |
| 要介護４ |  |  |  |
| 要介護５ |  |  |  |
| 合　計 |  |  |  |

４．事務室等の面積や設備状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務室 | ㎡ | 他の事業所との事務所の共有 | 有 無 |
| 他の事務所との共用が有る  場合 | 共用する事務所の名称 | | |
| 相談受付スペース | ㎡ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 消毒の状況 | 自社消毒 　一部委託 　　全部委託 |
| 委託先名称（委託の場合） |  |
| 保管庫の所在地・面積  （自社消毒の場合） | 所在地：  面積　： 　 ㎡  　（うち消毒及び補修済み福祉用具保管庫　　　　㎡）  （うちそれ以外の福祉用具保管庫　　　　　　　㎡） |
| 福祉用具貸与の  保管及び消毒に  必要な設備、器  材  （自社消毒の場合） |  |

５．取り扱う種目に○を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 車いす |  | 車いす付属品 |  | 特殊寝台 |  |
| 特殊寝台付属品 |  | 床ずれ防止用具 |  | 体位変換器 |  |
| 手すり |  | スロープ |  | 歩行器 |  |
| 歩行補助つえ |  | 認知症老人徘徊感知機器 |  | 移動用リフト |  |
| 自動排泄処理装置 |  |  |  |  |  |

６．利用料について

(1) 利用料（本人負担額）はどのように徴収しているか。

毎回徴収している　　　月締めで徴収している　　　その他

入金方法：　現金　　銀行等振込み　　口座振替え　　その他

(2) その他の利用料としてはどのようなものを徴収しているか。

７．苦情処理に対して、担当者の配置など体制を整えているか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 苦情処理担当職員の氏名 |  |  |
| 〃 の資格 |  |
| 苦情処理件数（過去１年間） | 件 |

８．福祉用具貸与事業従業者一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 氏　　名 | 兼務している職種 | 資 格 | 常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注）「兼務している職種」には、貴事業所と一体となっている介護予防福祉用具貸与事業所を記載する

必要はありません。