**夜間対応型訪問介護**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 窓口受付日 | （祝日含む・含まない） | その他休日 |  |
| 窓口受付時間 | ○○：○○～○○：○○ |

|  |
| --- |
| 利用者の登録人数、平均介護度を教えてください |
| 登録人数：　　人　平均介護度： |
| 横浜市以外の被保険者が利用している場合は「○○市（○名）」、利用していない場合は「無し」とご記入ください(個人名は不要です)。保険者ごとに申請が必要です。 |
|  |
| 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） |