**夜間対応型訪問介護**

**新規指定**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | ○○：○○～○○：○○ |

|  |
| --- |
| この場所で夜間対応訪問介護の指定を希望する理由を教えてください（法人変更の場合、変更理由について差し支えない範囲で教えてください） |
|  |
| 従業員の確保はどのようにしましたか |
|  |
| 利用者確保はどのように努めますか |
|  |
| 提供予定のサービス内容について具体的に教えてください |
|  |
| 最初の介護報酬が入るまで（約２か月）の資金計画はありますか？（差し支えない範囲で教えてください） |
|  |
| （夜間単独指定の事業所のみ記入してください）夜間対応型訪問介護単独での指定を希望する理由を教えてください。また、今後、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所を開所する予定はありますか |
|  |
| 損害賠償保険の加入状況を教えてください（保険名称・保険会社名） |
|  |
| 事業所は建物の何階部分に開設予定か教えてください。 |
| ○階建て○階部分 |
| 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） |
| 事業所に併設する他のサービスはありますか |
| □ない□ある（具体的なサービス種類を記入） |
| 【法人変更の場合のみ】現在の従業員・利用者は引き継がれますか？引き継がれる割合等の状況を教えてください。また利用料金等の変化があればその状況について教えてください |
|  |
| 最寄り駅から事業所までの経路を教えてください |
| 【最寄り駅から徒歩の場合】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 最寄り駅 | 路線名 | ～ | 事業所まで徒歩○○分 |
|  |  |

 |
| 【最寄り駅からバスの場合】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 最寄り駅 | 路線名 | ～ | バス停 | 路線名 | ～ | バス停 | ～ | 事業所まで徒歩○○分 |
|  |  |  |  |  |
| バス乗車時間：○○分 |

※最寄り駅の路線名は横浜市営地下鉄、京急線といったように入力してください。※バスの路線名は市営バス○○系統○○行きといったように入力してください。 |

※枠は適宜大きくしてください

**事業運営実績表**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

現在、法人で運営している介護保険事業所にチェックし、事業所数を横浜市内、市外に分けて以下に記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック | サービス種類 | 横浜市内 | 横浜市外 |
|  | **【居宅サービス】** | か所 | か所 |
| □ | （介護予防）訪問介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問入浴介護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問看護 |  |  |
| □ | （介護予防）訪問リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）居宅療養管理指導 |  |  |
| □ | （介護予防）通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）通所リハビリテーション |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）短期入所療養介護 |  |  |
| □ | （介護予防）特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | （介護予防）福祉用具貸与 |  |  |
| □ | 特定（介護予防）福祉用具販売 |  |  |
|  | **【居宅介護支援】** | か所 | か所 |
| □ | 居宅介護支援 |  |  |
|  | **【介護保険施設】** | か所 | か所 |
| □ | 介護老人福祉施設 |  |  |
| □ | 介護老人保健施設 |  |  |
| □ | 介護療養型医療施設 |  |  |
|  | **【地域密着型サービス】** | か所 | か所 |
| □ | 定期巡回・随時対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 夜間対応型訪問介護 |  |  |
| □ | 地域密着型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型通所介護 |  |  |
| □ | （介護予防）小規模多機能型居宅介護 |  |  |
| □ | （介護予防）認知症対応型共同生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |  |  |
| □ | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |  |  |
| □ | 複合型サービス |  |  |
|  | **【介護予防支援】** | か所 | か所 |
| □ | 介護予防支援 |  |  |
|  |  |  |  |
| □ | 特になし |  |  |

※各サービスの事業所数が「０」の場合、何も記入しなくて結構です（全てに「０」を記入する必要はありません）。