

【様式】

通院等乗降介助の算定を申出る訪問介護事業所のサービス提供体制等確認票

1 算定を申出る事業所

介護保険事業所番号	2	7							
事業所の名称									
事業所の所在地									

2 道路運送法による一般乗用旅客自動車運送事業の許可又は免許について

許可又は免許の年月日	営業区域	許可又は免許にかかる条件の内容

3 算定を申出る事業所の指定訪問介護サービスの提供体制について

(1) 事業所保有の事業用自動車について

事業所保有の事業用自動車の総数	台
うち、通院等乗降介助に使用が可能な車両数	台
うち、リフト付き等特殊な設備を有する車両数	台

(2) 訪問介護事業所の人員配置状況

	訪問介護員等		左記の訪問介護員等のうち、 通院等乗降介助に従事可能な人数	
	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)				
非常勤(人)				
合計(人)				

※上記の表には、訪問介護員及びサービス提供責任者の実人数を該当項目に記載してください。

(3) 算定を申出る事業所で実施可能な訪問介護の区分

区 分	身体介護中心型	生活援助中心型	通院等乗降介助
実施の可否	可 ・ 否	可 ・ 否	可 ・ 否

『通院等乗降介助』の算定を申し出る指定訪問介護事業者が当該区分の全てを「可」とする場合は、この区分に関しては、確認票のみの提出となります。

4 市町村との連携について

指定訪問介護事業所として地域ケア会議その他市町村が行う取組に対する協力状況又は意向

市町村が行う取組に対する協力	協力実績の有無	有の場合には、協力の具体的な内容
	有 ・ 無	
市町村が行う取組に対する協力	今後の協力の可否	否の場合には、協力できない理由
	可 ・ 否	

注意) 指定訪問介護事業者には、事業実施に際し市町村との連携を図ることが求められています。

(「通院等のための乗車又は降車の介助」の適正な実施について(老振発第0319002号平成15年3月19日))