

「通院等のための乗車・降車の介助」の提供体制に関する届出書

年 月 日

(宛先) 高松市長

届出者 所在地
法人名
代表者職氏名 印

当訪問介護事業所「〇〇〇〇〇〇〇〇」において、「通院等のための乗車・降車の介助」を行う該当サービスの提供体制については下記のとおりです。

記

- 1 道路運送法に定める一般乗用旅客自動車運送事業の許可を得ている車両台数 _____台
(内訳：一般タクシー _____台・リフト付きタクシー _____台・軽福祉タクシー _____台・その他 _____台)
- 2 訪問介護員等の資格を有し、かつ普通自動車第二種免許の資格を有する者の数 _____人
- 3 当該サービスを提供するためには、「要介護1以上の利用者であること」、「あらかじめ居宅サービス計画に位置づけられていること」、「居宅サービス計画において乗降時の介助行為を必要と判断する理由が明確に記載されていること」が必要であるが、この取扱いについて管理者、サービス提供責任者及び訪問介護員等は、
ア 十分に理解している イ 理解している ウ 理解していないので速やかに理解の徹底を図る
(該当するものに○をつけてください)
- 4 当該サービスの実施地域 _____
- 5 当該サービスの利用料金の算定方法（算定の考え方要旨） **※運賃を含む利用料金表を添付してください**
(_____)
- 6 市町村が行う取り組み（地域ケア会議等）に対する協力状況
ア 協力している イ 協力していない ウ 協力する予定

※新規指定事業所の場合、7～8は記入不要

- 7 直近1か月の訪問介護のサービス提供実績（平成 _____年 _____月サービス提供分）
 - ・サービス区分別の提供時間：実利用者数 _____人
 - 身体介護 _____時間（構成割合 _____%）
 - 〔うち通院等介助 _____時間（構成割合 _____%）〕
 - 生活援助 _____時間（構成割合 _____%）
- 8 サービス担当者会議への出席状況 出席率 _____%（一月当りおよそ _____回出席）
(期間は3か月を目安に記入してください。)
- 9 添付書類
 - ①利用料金表 ②旅客自動車運送事業の許可書の写し ③自動車車検証の写し