**法人が小田原市内で提供している介護サービス等の状況**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | 応募圏域名 | | 第　　圏域 | |
| サービス事業名 | | 箇所数 | 開始年月（※1） | | 利用者数  （※2） | | うち応募  圏域内 |
| 居宅介護支援 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 訪問介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 訪問入浴介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 訪問看護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 通所介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 通所リハビリテーション | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 短期入所生活介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 短期入所療養介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 介護老人福祉施設 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 介護老人保健施設 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 介護療養型医療施設 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 認知症対応型共同生活介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 認知症対応型通所介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| 小規模多機能型居宅介護 | |  | 年　月　日 | |  | | （　　　　） |
| （　　　　　　　　　　） | |  |  | |  | |  |
| （　　　　　　　　　　） | |  |  | |  | |  |
| （　　　　　　　　　　） | |  |  | |  | |  |
| 地域包括支援センター | |  | 年　月　日 | | 相談  プラン作成 | | （　　　　）  （　　　　） |
| 法人内の職員の状況 | | 保健師等　　　人　　　社会福祉士　　　人  主任介護支援専門員　　　　人 | | | | | |

※１　複数の事業所がある場合、最も早い事業所の開始年月を記載してください。

※２　平成２７年度提供分として介護報酬を請求した件数（実人数）の計を記載してください。地域包括支援センターの利用者数には、平成２７年度相談件数及び介護予防プラン（介護予防ケアマネジメントを含む）の作成件数の実績を記載してください。

※３　表に記載の無いサービス事業については、空欄に追加し記入してください。