**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。