**指定特定介護予防福祉用具販売・特定福祉用具販売事業所　事前提出資料**

○事業所名

○サービスの提供状況

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供月 | 　年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |  年 月 |
| 介護予防販売 | 利用者数計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腰掛便座 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自動排泄処理装置の交換可能部品（H24.3までは「特殊尿器」 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入浴補助用具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 簡易浴槽 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移動用リフトの吊り具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定用具販売 | 利用者数計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腰掛便座 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 自動排泄処理装置の交換可能部品（H24.3までは「特殊尿器」 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入浴補助用具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 簡易浴槽 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 移動用リフトの吊り具 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**（注）利用者数は、介護報酬請求に係る実利用者数を記入すること。（過去１年間）**

**○　添付資料**

**①従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（直近２ヶ月分）**

**②指導月初日現在の法人組織図、職員配置図（兼務状況確認のため）**