年　　月　　日

（宛先）紀の川市長

事業所番号

事業所名

代表者役職・氏名

住所

担当者氏名

連絡先

自立支援型介護予防通所介護事業所認定申請書

　自立支援型介護予防通所介護事業所認定について、別紙のとおり関係書類を添えて申請します。

記

提出書類

　① 認定指標（市ホームページよりダウンロード）

　② 人員配置一覧及び評価シート補足（別紙1　※次頁）

　③ 研修実施状況の写真

　④ 事業所で使用する各機能評価シートの提出　※運動、栄養、口腔等

　　 ※市ホームページにも参考様式を掲載しています。以前より使用している評価シート等がなく、本事業をきっかけとして評価を始める事業所は、これから使用する評価シート等をご提出ください。

別紙１

①人員配置（定員　　　名）　※表の幅等は調節してください。

　※複数名配置している場合は、カンマで区切ってご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| **職種** | **氏名** |
| 管理者 |  |
| 生活相談員 |  |
| 機能訓練指導員 |  |
| 看護職員 |  |
| 介護職員 |  |

②評価シート補足　※表の幅等は調節してください。

|  |  |
| --- | --- |
| **補足項目** | **取組内容** |
| 紀の川市総合事業における貴所の介護予防の取り組みについて、お書きください。 |  |
| 持病や人工関節などリスクのある心身状況の把握方法についてお書きください。 |  |
| 貴所の評価の活用方法について、お書きください。 |  |
| 自宅トレーニング等のサービス利用時以外の提案の実例があれば、お書きください。 |  |
| その他、貴所独自の取り組みがありましたらお書きください。 |  |