

様式3号

介護保険事業等実施状況

令和 年 月 日

事業所名 _____

事業所所在地 _____

社会福祉事業及び社会福祉事業以外の関係事業区分が(4)に該当する場合、実施しているサービスの種類について事業所名をご記入ください。 ※同一所在地に限ります。

サービスの種類		事業所名
指定訪問介護事業所		
老人短期入所施設		
指定障害福祉サービス事業所	居宅介護	
	重度訪問介護	
	同行援護	
	行動援護	
	療養介護	
	生活介護	
	短期入所	
	重度障害者等包括支援	
	自立訓練(機能訓練、生活訓練)、宿泊型自立訓練	
	自立生活援助	
	特定基準該当障害福祉サービス	
指定居宅サービス事業所	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所リハビリテーション	
	特定施設入居者生活介護 ※	
	共生型サービス	
	福祉用具貸与	
	特定福祉用具販売	
指定地域密着型サービス事業所	特定施設入居者生活介護 ※	
	介護老人福祉施設入所者生活介護	
指定居宅介護支援事業所		
指定介護予防サービス事業所	訪問入浴介護	
	訪問看護	
	訪問リハビリテーション	
	通所リハビリテーション	

※ 養護老人ホーム及び軽費老人ホームを除く。