**年　月　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事前相談者 | 法人名称 |  |
| 法人所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

**介護予防支援指定事前確認届出書**

**【事業者調書】**

１.法人と事業所の概要

【法人の理念】

【法人の沿革】

【事業所の特徴（強み）】

２.介護予防支援を実施するにあたって被保険者の自立支援に対する考え方

３.指定を受けようとする事業所の現在の運営状況について

（１）従業者数について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 主任介護支援専門員 | 介護支援専門員 | その他 |
| 従業者数 | 名 | 名 | 名 |

（２）担当被保険者の保険者市町村別内訳について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 〇市（町村） | 〇市（町村） | 〇市（町村） | 〇市（町村） |
| 被保険者数 |  |  |  |  |
| 介護・支援の別 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 | 介護 | 支援 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※支援は地域包括支援センターからの業務委託によるもの