様式４

法人名：

|  |
| --- |
|  |

介護サービス事業実績

　現在実施している介護サービス事業を、事業所の所在地ごとに記載してください。

【記載上の注意事項】

（１）指定年月日について、当該事業所で指定年月日が異なる複数の事業を行っている場合は、最初に指定を受けた事業の指定年月日を記載すること。

（２）利用者数は、平成２９年３月以前の３か月において、介護報酬請求をした件数（実人数）の合計を記載すること。

（３）指定年月日の古いものから順に３箇所まで記載し、それを超える分は最後の表にまとめて必要事項を記載すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 指定年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 介護サービスの実施状況 | サービスの種類 | 開始年月日 | 利用者数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 指定年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 介護サービスの実施状況 | サービスの種類 | 開始年月日 | 利用者数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 指定年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日 | | |
| 介護サービスの実施状況 | サービスの種類 | 開始年月日 | 利用者数 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記以外の介護サービス事業の実施状況 | 事業所所在地の数 | 箇所 |
| サービスの種類 | 実施箇所数 |
|  | 箇所 |
|  | 箇所 |
|  | 箇所 |
|  | 箇所 |
|  | 箇所 |