

通所リハビリテーション事業所規模の区分等調査票（A）

【令和3年10月1日以前に指定を受けた（又は事業を再開した）事業所用】
 （ただし、令和4年度の定員数を令和3年度と比較して25%以上変更する事業所を除く。）

記入担当者氏名		事業所電話番号	
---------	--	---------	--

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

1 令和3年度利用者数の状況

実績月	居宅サービス（通所リハビリテーション）					介護予防通所リハビリテーション					月ごとの合計 ①+②+③ +④+⑤+⑥+⑦+⑧ +⑨+⑩+⑪ ⑩	正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月のみ ⑩×6/7							
	1時間以上2時間未満		2時間以上3時間未満及び3時間以上4時間未満		4時間以上6時間未満		6時間以上		2時間未満				2時間以上3時間未満及び3時間以上4時間未満		4時間以上6時間未満		6時間以上		同時にサービスの提供を受けた者の最大数
	月間延利用者数 a	a×1/4 ①	月間延利用者数 b	b×1/2 ②	月間延利用者数 c	c×3/4 ③	月間延利用者数 ④	d×1/4 ⑤	月間延利用者数 e	e×1/2 ⑥			月間延利用者数 f	f×3/4 ⑦	月間延利用者数 ⑧	月間延利用者数 ⑨			
3年4月																			
5月																			
6月																			
7月																			
8月																			
9月																			
10月																			
11月																			
12月																			
4年1月																			
2月																			
総合計（月ごとの合計の合算） g																			
平均利用延人数（g×1/実績月数） h																			

（記載要領）

（小数点以下第1位を切り上げて記入）

- 1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月については、6/7を乗じて計算する。
- ⑩の同時にサービスの提供を受けた者の最大数の月間延利用者数は、居宅サービス利用者と同時に介護予防サービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えます。
- 調査対象期間は、令和3年4月1日から令和4年2月28日までです。

2 事業規模

※ 下記のうち、該当するサービスの事業規模記載欄に○印をご記入ください。

○通所リハビリテーション事業所	事業規模区分記載欄
・上記の式の計算結果（h）が、750を超えなければ通常規模の事業所	
・上記の式の計算結果（h）が、900を超えなければ大規模の事業所（I）	
・上記の式の計算結果（h）が、900を超えれば大規模の事業所（II）	

注）計算の結果、**現在の規模と異なることとなった場合のみ**、「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書・変更届出書及び別紙1」をこの調査票と併せて提出してください。

（様式は久留米市ホームページ（介護保険課）の様式集からダウンロード可能です）

提出期限：令和4年3月15日（火）必着