

福祉貸付資金、医療貸付資金ご利用のお客さま各位

独立行政法人福祉医療機構
理事長 中村 裕一



平成29年度決算事業報告書等のご提出について（ご依頼）

平素より当機構の業務につきましてご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当機構では、金銭消費貸借契約書の特約条項に基づき、直接貸付をご利用されたすべてのお客さまに、債権管理のために年に一度、事業報告書等を機構宛てにご提出いただいております。

つきましては、ご多忙の折とは存じますが、今年度におきましても、下記のとおり事業報告書等をご提出いただきますようお願いいたします。

なお、事業報告書等のご提出にあたっては、事業報告書等電子報告システム（以下「システム」という。）のご利用をお願い申し上げます。

また、本事業報告書等の提出により当機構が知り得た個人情報およびお客さま情報は、当機構の規定により適切に管理し漏えい防止等を行うものであり、機構業務に限定した目的で利用させていただくものであることを申し添えます。

記

1 提出依頼対象となるお客さま

平成30年3月末時点で当機構からの借入残高（予定残高）があるお客さま

なお、4月以降に繰上償還等により完済されたお客さまは、提出いただく必要はございませんので、ご容赦くださいますようお願いいたします。

2 提出書類及び提出方法

「社会福祉法人の財務諸表等電子開示システム」の財務諸表入力シート、事業報告書、施設状況票について、システムによりご提出ください。

なお、各書類についての提出の要否、記入方法、提出方法等についての詳細は、同手引きおよびログイン・操作マニュアル等をご参照いただきますようお願いいたします。

3 提出期限

平成30年6月30日（土）

システムをご利用いただきます際、提出期限直前はアクセスが集中し、回線がつながりにくい状況となることがありますのでご注意ください。

以上

【お問い合わせ先】

事業報告書ヘルプデスク

電話：0570-012-311 FAX：03-3438-0371

目 次

平成 29 年度決算事業報告書等のご提出について（ご依頼）

I.事業報告書ご提出について

1. 事業報告書ご提出依頼の趣旨	7
2. ご提出の方法	7
3. ご提出書類	8
4. ご提出期限	8
5. 事業報告書提出に係わる個人情報（お客様情報）の取り扱いについて	9
6. ご照会について	9

II.事業報告書様式の記入例

1. 平成 29 年度 事業報告書 I	13
2. 平成 29 年度 事業報告書 II（法人（個人）状況票）	14

III.施設状況表の記入例

i 共通事項

1. 財務諸表等入力シートと施設状況表の連動について	19
2. 職員の按分について	20
3. 建物の床面積について	21

ii 高齢者福祉サービス

（K-A）特別養護老人ホーム	25
（K-B①）ケアハウス（一般）	28
（K-B②）特定施設入居者生活介護	30
（K-C）短期入所	32
（K-D①）通所介護	34
（K-D②）認知症対応型通所介護	36
（K-E）認知症対応型共同生活介護	38
（K-F）小規模多機能型居宅介護	40
（K-G）訪問介護	42

	(K-H) 夜間対応型訪問介護	44
	(K-I) 訪問看護	46
	(K-J) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	48
	(K-K) 看護小規模多機能型居宅介護	50
	(K-L) 訪問入浴介護	52
	(K-M) 地域包括支援センター	53
	(K-N) 居宅介護支援事業所	54
	(K-O①) 養護老人ホーム	55
	(K-O②) 養護老人ホーム（特定）	58
iii	障害福祉サービス	
	(S-A) 居宅介護・重度訪問介護	66
	(S-B) 同行援護・行動援護	68
	(S-C) 療養介護	70
	(S-D) 生活介護	72
	(S-E) 自律訓練・宿泊型自律訓練	74
	(S-F) 就労移行支援	76
	(S-G①) 就労継続支援A型	78
	(S-G②) 就労継続支援B型	80
	(S-H) 計画相談支援・地域移行支援・地域定着支援	82
	(S-I) 共同生活援助	84
	(S-J①) 福祉型障害児入所施設	86
	(S-J②) 施設入所支援	88
	(S-K) 短期入所施設（福祉型・医療型）	90
	(S-L) 医療型障害児入所施設	92
	(S-M) 児童発達支援	94
	(S-N) 医療型児童発達支援	96
	(S-O) 放課後等デイサービス	98
	(S-P) 保育所等訪問支援	100
iv	児童福祉サービス	
	(J-A) 保育所・小規模保育事業	106
	(J-B) 認定こども園	110
	(J-C①) 児童養護施設	114
	(J-C②) 乳児院	116
v	医療系サービス	
	(I-A②) 病院	122
	(I-B②) 介護老人保健施設	126

(I-C)通所リハビリテーション	128
(I-D)短期入所施設介護	130

IV.事業報告書提出依頼Q&A

1. 提出依頼の趣旨と対象について	133
2. 提出書類について	133
3. 機構指定様式のご提出について	134
4. 事業報告書等電子報告システムについて	137
5. その他	138

V.代表者及び保証人等の変更手続きについて

1. 名称(氏名)、住所、法人の代表者の変更	141
2. 融資対象施設の名称、週初変更/電話番号/FAX番号の変更	141
3. 連帯保証人の変更	142
名称等変更届	143
貸付条件変更承認申請書	144
連帯保証人承諾書(福祉貸付)	145
連帯保証人承諾書(医療貸付)	147
簡易経営診断のごあんない	149
簡易経営診断申込書	150
事業報告書等郵送提出書類チェックリスト	151
質問票	153

I 事業報告書のご提出について

I. 事業報告書のご提出について

1. 事業報告書提出依頼の趣旨

事業報告書の提出は、金銭消費貸借契約書の特約条項に記載されており、契約締結によりご同意いただいております。

目的は、債権管理に必要な貸付先全体および個々の施設の運営状況および資産状況等の把握です。

お手数ではございますが、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

なお、事業報告書等電子報告システムのパソコン端末の動作条件につきましては、次のとおりとなっておりますので、お手持ちのパソコン端末をご確認くださいませうようお願いいたします。

区 分	動 作 条 件
OS (オペレーションシステム)	Windows 7
	Windows 8
	Windows 10
Microsoft Excel	Excel 2007
	Excel 2010
	Excel 2013
	Excel 2016
Web ブラウザ	Internet Explorer Ver.11 以降推奨

2. ご提出の方法

原則として『事業報告書等電子報告システム』でのご提出をお願いいたします。

なお、ご提出にあたっては『財務諸表等入力シート』の作成および『事業報告書等電子報告システム』へのアップロードが必須となっております。

提出方法の詳細については、同封の『ログイン・操作マニュアル』等をご参照ください。

3. ご提出書類

毎年、『事業報告』でご提出いただく書類は次のとおりです。

(1) 提出いただく書類

	書類名称	様式種別	備考
①	事業報告書Ⅰ	機構様式	法人全体
②	事業報告書Ⅱ 【法人(個人)状況票】	機構様式	法人全体
③	施設状況票	機構様式	会計期間末で開設1年以上経過している施設・事業について提出
④	財務諸表等入力シート	※社会福祉法人は『財務諸表等入力シート』が決算書一式の代換です。	システム上でアップロードしてください。
⑤	アンケート	機構様式	システム等のさらなるサービス向上のため、ぜひご協力ください。

(2) 状況によって提出が必要な書類

	書類名称	様式種別	備考
①	簡易経営診断申込書	機構様式	簡易経営診断をお申込いただく場合
②	変更届関連書類	機構様式 等 ※事業報告書等電子報告システムで登録可能ですが、登録内容を印刷のうえ、添付書類と一緒に郵送が必要な場合があります。	変更事項が生じた場合

(3) 郵送の場合提出が必要な書類

	書類名称	様式種別	備考
①	事業報告書等郵送提出書類チェックリスト	機構様式	必ず作成のうえ、郵送書類に添付してください

4. ご提出期限

事業報告書等の提出期限は、**平成30年6月30日(土)**です。

※郵送の場合は、平成30年6月29日(金)必着です。

5. 事業報告書提出に係る個人情報(お客さま情報)の取り扱いについて

独立行政法人福祉医療機構へご提出いただく事業報告書に係る個人情報(お客さま情報)は、以下の目的により利用いたします。

1. ご本人さまの確認のため
2. ご融資後の管理および機構が行う経営サポート事業、福祉貸付事業、医療貸付事業のため
3. 機構が提供するサービスのご案内のため
4. 機構が行う市場調査、データ分析およびアンケートの実施のほか、サービスの開発・提供のため
5. ご質問・お問い合わせ、機構からの照会その他の業務を適切かつ円滑に履行するため

※ 個人情報および顧客情報の取得については、業務遂行のために取得するほか、機構業務の中でお客さまサービスの向上のために使用することがございます。また、業務上知り得たお客さまに関する情報は、漏洩防止に努めて適切に管理し、機構が定める期間経過後に焼却等により破棄しております。詳細は、福祉医療機構ホームページ「個人情報(お客さま情報)保護方針」をご覧ください。

6. ご照会について

ご不明な点がございましたら、ヘルプデスクまでご照会ください。

TEL : 0570-012-311 (平日09:00~17:00)

※平成30年9月からは、TEL : 03-3438-9233

FAX : 03-3438-0371までお問い合わせください。

(添付の「質問票」をご利用ください。)

Ⅱ 事業報告書様式の記入例

平成29年度 事業報告書 I

顧客コード
12345

独立行政法人福祉医療機構 理事長 あて

法人本部の所在地

(TEL)
(FAX)

法人名

代表者氏名

印

※システムで報告される場合、押印は必要ありません。

平成29年度事業等の状況を下記のとおり報告し、必要書類一式を別添のとおり提出します。

表示されていない場合は、顧客コードシールを貼付してください。

すでに名称等変更届についてご提出いただいている場合は、名称等変更届について再度のご提出は必要ありません。

1-1. 基本情報

内容照会先	担当者名	福祉 太郎	電話番号	03-3438-0000
			FAX番号	03-3438-xxxx

事業報告書記載内容の照会担当者名および照会先電話番号、FAX番号を記入してください。

1-2. 担保等の変動状況

変動状況	変動内容	該当の有無	備考
		0無、1有	
法人	(1) 代表者・名称(法人名、施設名等)・住所(法人本部、施設)の変更	0	
	(2) 組織の吸収・合併、または事業の譲渡等	0	
	(3) 施設等の休・廃止等	0	
建物	(1) 融資対象建物の変更(増築・取壊・滅失、所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
	(2) その他の建物の変更(取壊・滅失・所有権の移転・賃借権の設定等)	0	
土地	敷地状況の変更(地上権の設定・賃借権・譲渡、借地を購入等)	0	
	第三者	(1) 担保提供者の変更(相続・売買等)	0
(2) 担保提供物件の変更(譲渡・地上権の設定・賃貸借等)		0	
保証人	保証人である理事の変動(交代・死亡等)	0	

【注】
会計期間内に変動が生じた場合は、該当「1有」を選択してください。ただし、すでに変更にかかる届出をご提出いただいている場合は、「0無」を選択してください。

○変動状況の法人および保証人欄が「1有」で、機構への手続きが未了の場合はP141～148ページを参照のうえ、別途、届出書類を作成し、手続きをお取りください。

○変動状況の担保物件欄が「1有」で機構への手続き状況が未了の場合は、後日、担当部署より確認の連絡をさせていただきます。

(担当部署)
顧客業務部顧客業務課
TEL：03-3438-9939
FAX：03-3438-0248

1-3. 今後の施設整備について

(1) 今後5ヶ年程度のうちに施設整備の予定はありますか	1	
(1)で「有」と回答された方にお伺いします。		
(2)-1 予定されているのはどの施設ですか。最も大きいものをお選びください。		病院
(2)-2 上の施設整備の着手は、いつ頃を予定されていますか。該当する年度をお選びください。		平成32年度
(2)-3 (2)-1の施設の建設工事費はどれぐらいを考えていますか。おおよそ	360	※本案の場合のみを記入ください 百万円

1-4. 地域医療構想への取り組み状況(病床を有する法人の方にお伺いします)

地域医療構想を踏まえた病床機能の転換等を図る予定(若しくは図った)はありますか	0	
---	---	--

地域医療構想を踏まえた病床機能の転換を予定(または実施済)の方は「1有」を選択してください。(可能であれば自由記述欄へ転換内容についてご記入ください。)

自由記述欄

※決算状況における特殊要因がございましたらご記入下さい。

(記載例) 不測の事態、特別な事由により、著しく収益の増減が生じた / 新規事業に着手している / 不採算部門の閉鎖・縮小を行った 等

融資対象施設の用途を変更した場合は、その旨を記入してください。

【注】 1. 報告対象となる会計期間末時点の状況をご記入ください。
2. 上記変動内容について、該当する場合は「1有」を選択してください。
3. 2. の変動内容は、別途手続きが必要となります。手続きに関しては担当部署より確認の連絡を入れさせていただきますので、あらかじめご了承ください。

顧客コード
12345

表示されていない場合は、顧客コードシールを貼付してください。

平成29年度 事業報告書Ⅱ (法人(個人)状況票)

2-1. 基本情報

内容照会先	法人格・属性	1	1.社会福祉法人 2.医療法人 3.特定非営利活動法人 4.一般社団・財団法人、公益社団・財団法人 5.営利法人(株式会社等) 6.その他の法人 7.個人事業主
	担当者名	福祉 太郎	電話番号 03-3438-0000 FAX番号 03-3438-xxxx

会計期末時点の法人全体での施設・事業所数を施設・事業区分ごとに記入してください

会計期末時点の事業(医業)収益を施設・事業区分ごとに記入してください。※利益ではありませんのでご注意ください

2-2. 法人(個人)従事者数、事業収益、元金償還額

施設・事業の区分	施設・事業所数	新規者数	許可病床数又は定員数	従事者数(人)	事業(医業)収益(円) 【社会福祉法人は記入不要】	長期借入金元金償還額(円)
						【通常償還分】
病院	1.0		100.0	58.0		
一般診療所・歯科診療所						
介護保険施設・事業 (うち介護老人福祉施設)	3.0	1	150.0	15.6		
(うち介護老人保健施設)	1.0		50.0	40.4		
老人福祉施設・事業	1.0		80.0	43.7		
有料老人ホーム・サ高住	1.0					
認可保育所・認定こども園	1.0		120.0	30.7		
児童福祉施設						
障害福祉サービス事業						
その他の施設・事業(本部機能含)	1.0			3.0		
計	8.0		370.0	107.3	0	59,400,000

会計期間内に新規に開設した施設・事業所がある場合は、「新規有無」欄に「1有」を記入してください

介護保険施設・事業の合計額は自動計算されませんので、介護老人福祉施設および介護老人保健施設の内訳数に、それ以外の介護保険施設・事業(デイサービス、ヘルパーステーション等)を加えた合計数を記入してください

会計期間内の10月1日時点で在籍した、施設・事業所ごとの常勤職員および非常勤職員の常勤換算後の合計人数を施設・事業ごとに記入してください ※小数点第二位四捨五入

会計期間内の法人全体の借入金返済総額のうち、長期借入金(当機構以外の金融機関からの借入金含む)で、通常償還分の元金返済額を記入してください。 ※借換等一括繰り上げ償還に伴う元金返済額は対象外です

会計期末時点で、各施設・事業所の区分ごとに、総許可病床数または総定員数を記入してください。 ※無床診療所や訪問系事業等定員が定められていない事業については0人としてください

法人全体の従事者数と一致していることをご確認ください

決算書の事業(医業)収益の合計と一致していることをご確認ください

報告年度に採用・退職した従事者の内容を記入してください(従事者全員の内訳ではありません)

2-3. 平成29年度 採用者および退職者の状況

職種および雇用形態	当年度採用者数		当年度退職者数(勤続年数別)					
	新卒採用	中途採用	1年未満	1年以上3年未満	3年以上10年未満	10年以上	定年退職	
介護職員	6.0	3.5	2.8	5.2	1.0	0.0	1.0	
正規職員	6.0	3.5	2.8	5.2	1.0		1.0	
非正規職員								
看護職員	3.5	2.0	2.1	0.0	3.4	0.0	0.0	
正規職員	3.0	2.0			1.0			
非正規職員	0.5		2.1		2.4			
保育職員	5.5	2.5	2.5	0.0	2.0	0.0	1.0	
正規職員	1.0	1.0					1.0	
非正規職員	4.5	1.5	2.5		2.0			
生活支援員	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
正規職員								
非正規職員								
その他の職員	23.0	3.0	5.0	5.0	0.0	0.0	2.0	
正規職員	5.0	3.0	1.0				2.0	
非正規職員	18.0	0.0	4.0	5.0				
計(採用者/退職者)	38.0	11.0	12.4	10.2	6.4	0.0	4.0	
正規職員	15.0	9.5	3.8	5.2	2.0	0.0	4.0	
非正規職員	23.0	1.5	8.6	5.0	4.4	0.0	0.0	

短時間正規職員および非正規職員は、常勤換算後の人数を記入してください

介護職員：介護保険の指定介護事業所で働き、直接介護を行うもの

看護職員：看護師、准看護師、看護補助者、保健士、助産師等

介護職員、看護職員、保育職員、生活支援員以外の職員はそれぞれに記入してください(医師、事務員、宿直員、等)

保育職員：資格に拘らず保育教育に携わるもの(保育士、保育補助者、家庭的保育者、家庭的保育補助者、保育教諭、助保育教諭、講師 保育従事者等) ※保育士資格保有者に限りません

生活支援員(障害福祉サービス)：資格に拘らず、障がい者に対する日常生活の支援を全般的に行うもの。生活相談員は含みません

※内訳(うち介護職員～うち生活支援員)の合計は、法人全体の合計と一致しません。

- ①正規職員：雇用期間に定めのないもの
- ②非正規職員：正規職員以外のもの
- ③新卒者：大学、専門学校、高校等を3月に卒業し4月から入職したもの
- ④中途採用者：新卒者以外のもの。 ※会計期間内に定年退職した再雇用者は採用対象外です

Ⅲ 施設状況票の記入例

i 共通事項

財務諸表等入力シートと施設状況票の連動について

社会福祉法人のお客さまは、「財務諸表等電子開示システム」で作成した「財務諸表等入力シート」を「事業報告書等電子報告システム」にアップロードすることによって施設状況票が展開されます。「財務諸表等電子開示システム」の入力内容が、「事業報告書等電子報告システム」の施設状況票の表示に連動していますので、入力の際にご注意ください。

○ 現況報告書「11.前会計年度における事業等の概要」の入力内容で表示される施設状況票が決定します。

財務諸表等電子開示システム

トップページに戻る	次のセクション	前のセクション	ヘルプ	チェック	平成28年度現況報告書記記	郵便番号で住所入力	入力候補	折り畳み	
11. 前会計年度における事業等の概要 - (1)社会福祉事業の実施状況									
①-3事業類型コード分類	①-3事業類型コード分類	①-4実施事業名称			②事業所の名称				
	①-2拠点区分名称	③事業所の所在地			③事業所の土地の保有状況	④事業所の建物の保有状況	⑤事業所単位での事業開始年月日	⑦事業所単位での定員	⑧年間(4月~3月)利用者延べ総数(人/年)
	⑥社会福祉施設等の建設等の状況(当該拠点区分における主たる事業(前年度の年間収益が最も多い事業)に計上)								
	ア 建設費	(ア) 建設年月日	(イ) 自己資金額(円)	(ロ) 補助金額(円)	(ハ) 借入金額(円)	(ニ) 建設費合計額(円)	ウ 延べ床面積		
イ 大規模修繕	(ア) - 1 修繕年月日(1回目)	(ア) - 2 修繕年月日(2回目)	(ア) - 3 修繕年月日(3回目)	(ア) - 4 修繕年月日(4回目)	(ア) - 5 修繕年月日(5回目)	(イ) 修繕費合計額(円)			
本部経理区分									
100	ア建設費					昭和46年9月1日	8	40	
	イ大規模修繕								

事業報告等電子報告システム

高齢者福祉施設【特別養護老人ホーム】施設状況票										K-A			
顧客コード	拠点コード	施設票番号											
12345	1	001											
1. 施設の概要													
作成担当者	福祉 太郎			電話	03-3438-0000			F A X 番号	03-3438-0001				
会計期間(西暦)	2017		年	4	月	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	特別養護老人ホームかみや												
施設の所在地	105-0000		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日(西暦)	1990		年	10	月	1	日						
この施設状況票の作成対象	1	1. 本庁施設 2. サテライト施設 3. 本庁施設(サテライト含む)											
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他											
土地所有の状況	1	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他		(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指定管理者の指定						
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 借借 3 一部借借 4 その他		(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有		0				
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有		全面建替の竣工時期			(西暦)	2000		年	4	月	

- (1) 『①-3事業類型コード分類』で「事業報告書電子報告システム」に表示される施設状況票が決定されます。
- (2) 『②事業所の名称』が施設状況票の「施設名」として表示されます。

※ 「事業報告書等電子報告システム」で融資対象の施設状況票が表示されなかった場合、「財務諸表等電子開示システム」の再入力が必要となる場合があります。十分ご注意ください。

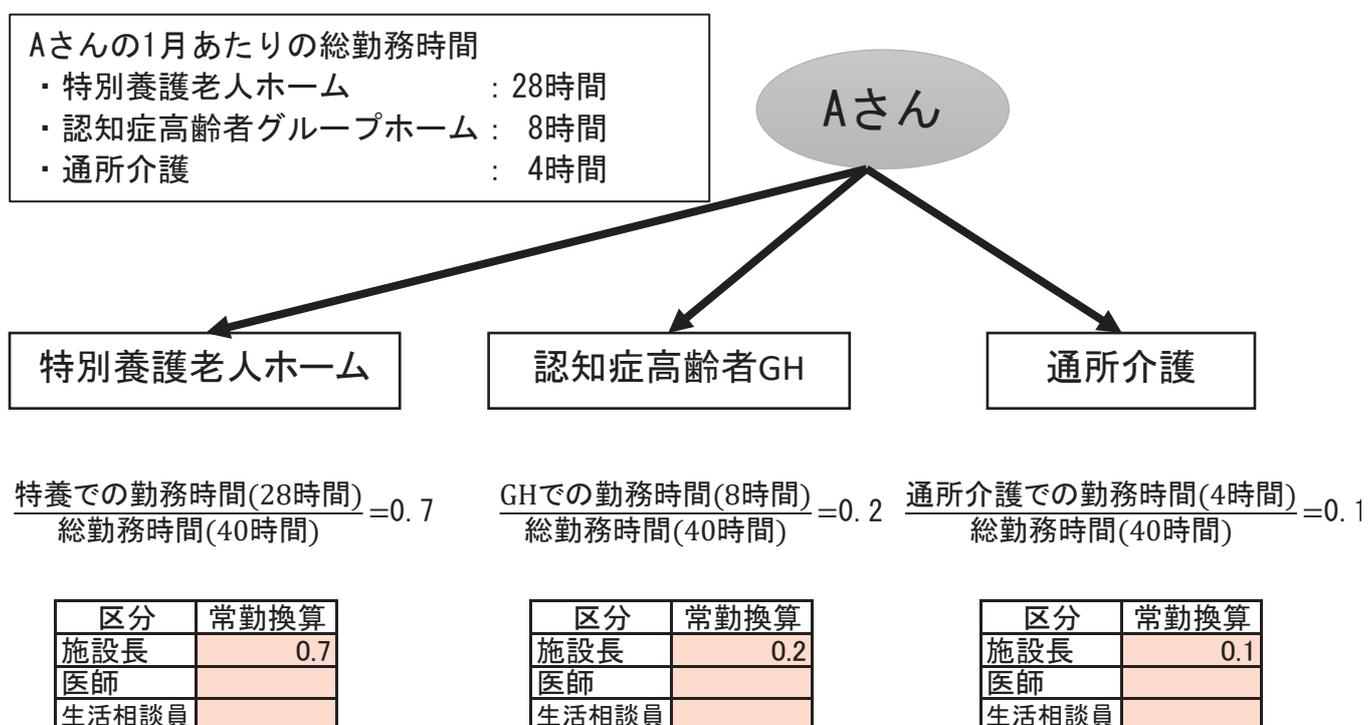
職員の按分について

施設状況票に記載する【従業者の状況】については、事業開始時に行政機関等に提出する、届出書等を参考に入力してください。

同一人物が複数施設・事業で勤務している、または同一施設・事業で複数の職種を兼任している場合、従事者の重複が起こらないようご注意ください。

届出書等の書類がお手元がない場合、以下の考え方を参考に、勤務時間や人件費等で従事者数を按分して入力してください。

【例】Aさん1名が、特別養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、通所介護の施設長を兼任し、勤務時間で按分する場合

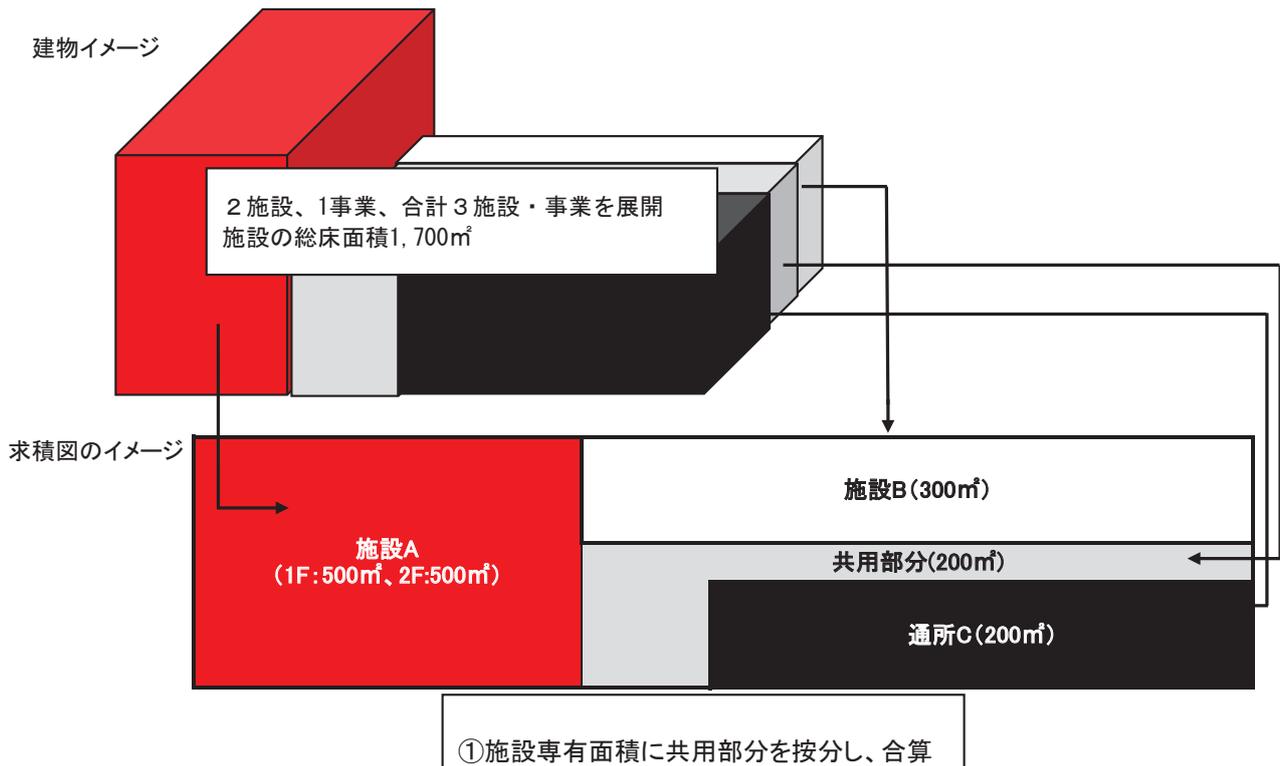


建物の床面積について

施設状況票に記入する建物の床面積(事業の占有面積)について、一つの建物で複数の事業を実施されている場合には、各事業で建物全体の床面積を按分した面積を記入してください。
行政への届出書等で事業所の占有面積を記載した書類や、建設時の按分面積図などが参考になります。

過去の資料がない場合には、以下の考え方にに基づき概算の面積を計算してください。

【例】合計1,700㎡の床面積の施設を按分する場合



面積表

		(㎡)			
		施設A	施設B	通所C	小計
施設A	2F	500			500
	1F	500			500
	小計A	1,000			1,000
施設B	1F		300		300
通所C	1F			200	200
小計		1,000	300	200	1,500
共用部分の按分		133	40	27	200
合計		1,133	340	227	1,700

共用部分面積
200

②共用部分も含めた面積を施設状況票に記入

共用部計算式

$$200\text{㎡} \times \frac{1,000\text{㎡}}{1,500\text{㎡}} = 133\text{㎡}$$

ii 高齢者福祉サービス

高齢者福祉サービス【特別養護老人ホーム】施設状況票

K-A

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	001	001

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「特養〇〇（ユニット型）」と「特養〇〇（従来型）」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（この事例では4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択してください。

“本体施設”と“サテライト施設”が同じサービス区分で分かれていない場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、以降の項目には“本体施設”と“サテライト施設”を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（短期入所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようにご注意ください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、変更がない種類も含めてすべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
ユニット型個室とユニット型準個室は存在せず、従来型個室と多床室のうち、多床室のみ65床から70床に増床となった場合：
・ユニット型個室：当初空欄、変更空欄
・ユニット型準個室：当初空欄、変更空欄
・従来型個室：当初5床、変更5床
・多床室：当初65床、変更70床

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 太郎		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△	
施設名	かみや苑							
施設の所在地	〒105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13					
施設の開設年月日	(西暦) 1988年10月1日							
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)							
地域区分	①		①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他					
土地所有の状況	2		1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他		(公有地を含む)			0無 1有
建物所有の状況	1		1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他		(公設を含む)			0無 1有
建物の全面建替状況	1		0 無 1 有		全面建替の竣工時期			(西暦) 2003年10月
建物のうち当該事業に使用している面積	4,320㎡							

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1 有の場合に「-」を記入 0 無の場合に未記入		変更時期	2017年10月	
----------------	-----------------------------	--	------	----------	--

種類	定員		ユニット数
	当初	変更	
ユニット型個室			
ユニット型準個室			
従来型個室	5	5	
多床室	65	70	
合計	70	75	0

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

すべての認可定員の欄に記入

当初	変更	当初	変更
5		5	
65	70	65	70

報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
	延べ利用者数						
ユニット型個室							0
ユニット型準個室							0
従来型個室	24	263	251	674	245		1,457
多床室	321	3,507	6,935	8,961	3,355	21	23,081
合計	345	3,770	7,186	9,635	3,600	21	24,538

年度末(決算月末)における待機登録者数	120人
---------------------	------

入所判定委員会開催回数(年)	10回
----------------	-----

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

○空床利用型短期入所の延べ利用者数について
・併設短期入所事業所がある場合
→ 当該短期入所事業所の施設状況票の「空床利用型」の欄に記入してください
・併設短期入所事業所がない場合

年度末(この事例では3月末)の実人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

日常生活継続支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	日常生活継続支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0
看護体制加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	1	看護体制加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0
夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1	夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0
夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0	準ユニットケア加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算	0 無 1 有	1
若年性認知症入所者受入加算	0 無 1 有	0	障害者生活支援体制加算	0 無 1 有	0	退所前訪問相談援助加算	0 無 1 有	0
退所後訪問相談援助加算	0 無 1 有	0	退所時相談援助加算	0 無 1 有	0	退所前連携加算	0 無 1 有	0
栄養マネジメント加算	0 無 1 有	1	経口移行加算	0 無 1 有	1	経口維持加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
経口維持加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	口腔衛生管理体制加算	0 無 1 有	0	口腔衛生管理加算	0 無 1 有	0
療養食加算	0 無 1 有	1	看取り介護加算 (死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0	看取り介護加算 (死亡日当日及び前々日)	0 無 1 有	1
看取り介護加算 (死亡日)	0 無 1 有	1	在宅復帰支援機能加算	0 無 1 有	0	在宅・入所相互利用加算	0 無 1 有	0
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症行動・心理症状緊急対応加算	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0			
看 取 り 体 制	0 未整備 1 整備済	1	実 績 人 数		23 人			

当年度における看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度における、実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	1	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	1	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	1	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	1
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	1	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	0
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

5. 実費負担

食費(1日あたり)	1,840 円	居住費(1日あたり)	2,100 円	延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合	16.0 %
その他(1日あたり)	1,250 円				

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
施設長	0.7			0.7	機能訓練指導員		1.0		1.0
医師				0.0	(うち理学療法士)		0.5		0.5
生活相談員	0.5	0.5		1.0	(うち作業療法士)		0.5		0.5
看護師等	3.4			3.4	(うち看護師)				0.0
介護職員	38.0	8.4	1.7	48.1	介護支援専門員	0.4	0.6		1.0
(うち介護福祉士)	20.0			20.0	宿直				0.0
事務員	1.2			1.2	その他		1.2		1.2
栄養士				0.0	合計	44.2	11.7	1.7	57.6
調理員				0.0					

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「6. 従事者の状況」の「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【ケアハウス(一般)】施設状況票

K-B①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	024

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
定員60床のケアハウスで、特定に変更がなく、定員が2床増床となった場合：
・一般：当初48床、変更50床
・特定：当初12床、変更12床
※定員の「合計」の欄は、各定員数の合計と一致するように記入してください。「特定施設入居者生活介護」の定員欄はうち書きではありませんのでご注意ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	ケアハウスかみや				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-13			
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日				
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)				
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他				
土地所有の状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指定管理者の指定	
建物所有の状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0	
建物の全面建替状況	0 無 1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2010年1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	2,183㎡				
設置形態	1. ケアハウス 2. 軽費A型 3. 軽費B型 4. 都市型				
併設の状況	3 0. 併設無 1. 特養に併設 2. 福祉医療施設併設 3. 福祉医療施設以外に併設				

※特別養護老人ホームに併設している場合は、複数の施設・事業に併設している場合でも「特養に併設」を選択してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「1」を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017年6月
----------------	---	---------------------------	----------	---------

一般	当初	48	変更	50
	合計	48	50	
特定施設入居者生活介護	当初	12	変更	12
	合計	12	12	

延べ利用者数	報酬区分	要支援1							要支援2							要介護1							要介護2							要介護3							要介護4							要介護5							その他							計
		0							0							160							840							1,210							1,370							742							17,575							
合計		0							0							160							840							1,210							1,370							742							17,575							21,897

特定施設入居者生活介護のサービスの種類 1 自施設によるサービス 2 外部サービス利用型 2

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
【例】
「ケアハウス(一般)」と「ケアハウス(特定)」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算
○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。
○同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください
○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

寒地加算	0 無 1 有	0	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	0	単身赴任手当加算	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	0	医療機関連携加算	0 無 1 有	0
障害者等支援加算	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日前日及び前々日)	0 無 1 有	0
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(I)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(II)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(I)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(I)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(II)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0			
看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数		0人			

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	浣腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○管理費徴収方法を選択し、区分欄に金額を記入してください。
○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

5. 実費負担

管理費の状況について、以下にご記載ください。

区分番号	管理費徴収方法区分	一括のみ金額	分割のみ金額	併用時の一括	併用時の分割
2	1 一括払いのみ				
	2 分割払いのみ		2,500,000		
	3 一括+分割払いのみ				
	4 一括、分割、一括+分割の併用				
	5 管理費の徴収のみ				

「6. 従事者の状況」記入にあたって
○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP20の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員等の常勤換算			合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	非常勤職員等の常勤換算			合計 (a)+(b)+(c)
	(a)	(b)	(c)			(a)	(b)	(c)	
施設長	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
医師				0.0	(うち理学療法士)				0.0
生活相談員	1.0			1.0	(うち作業療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち看護師)				0.0
介護職員(うち介護福祉士)	3.3	0.7		4.0	介護支援専門員				0.0
事務員	1.0			1.0	宿直				0.0
栄養士	0.8		0.5	1.3	その他				0.0
調理員				0.0	合計	6.1	0.7	0.5	7.3

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	1	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	1

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【ケアハウス(特定施設入居者生活介護)】施設状況票

K-B②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	024

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間 (西暦)	2017 年 4 月 1 日 ~ 2018 年 3 月 31 日				
施設名	ケアハウスかみや				
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設の開設年月日 (西暦)	2010 年 6 月 1 日				
この施設状況票の作成対象	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)				
地区区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他				
土地所有の状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む) 0 無 1 有 0 指 定 管 理 者 の 指 定				
建物所有の状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む) 0 無 1 有 0 1 有 0				
建物の全面建替状況	0 無 1 有 全面建替の竣工時期 (西暦) 年 月				
建物のうち当該事業に使用している面積	1,597 m ²				
設置形態	1. ケアハウス 2. 軽費A型 3. 軽費B型 4. 都市型				
併設の状況	0. 併設無し 特費に併設 2. 福祉医療施設併設 3. 福祉医療施設以外に併設				

※特別養護老人ホームに併設している場合は、複数の施設・事業に併設している場合でも「特費に併設」を選択してください。

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他のサービス区分の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
【例】
「ケアハウス(一般)」と「ケアハウス(特定)」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1 有 (有の場合に一を記入(0 無の場合は未記入))	変更時期 (西暦)	2017 年 6 月
定員	当初	変更	
特定施設入居者生活介護	28	27	

延べ利用者数	報酬区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
特定施設入居者生活介護				2,568	3,388	876	2,198	777		9,807
特定施設入居者生活介護のサービスの種類	1 自施設によるサービス 2 外部サービス利用型									

※ ケアハウス本体と特定施設入居者生活介護とを決算上分けている場合は、両方の施設状況票が出力されますので、サービス区分ごとに定員を記入してください。決算上サービス区分を分けていない場合には、この施設状況票に両方の定員を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

寒冷地加算	0 無 1 有	0	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	0	単身赴任手当加算	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	1	医療機関連携加算	0 無 1 有	0
障害者等支援加算	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日前日及び前々日)	0 無 1 有	0
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(I)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(II)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(I)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(I)ロ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(II)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0			
看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数	0	人			

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度における実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○管理費徴収方法を選択し、区分欄に金額を記入してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

5. 実費負担

管理費の状況について、以下にご記載ください。

区分番号	管理費徴収方法区分	一括のみ金額	分割のみ金額	併用時の一括	併用時の分割
1	一括払いのみ				
2	分割払いのみ				
3	一括+分割払いのみ			2,044,000	8,516
4	一括、分割、一括+分割の併用				
5	管理費の徴収のみ				

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	機能訓練指導員		0.4		0.4
医師				0.0	(うち理学療法士)				0.0
生活相談員	1.0			1.0	(うち作業療法士)				0.0
看護師等	0.7	1.3		2.0	(うち看護師)		0.4		0.4
介護職員(うち介護福祉士)	17.2	0.8		18.0	介護支援専門員	1.0			1.0
事務員	0.5		0.5	1.0	宿直				0.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員				0.0	会計	21.4	2.5	0.5	24.4

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有		会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

高齢者福祉サービス【短期入所】施設状況票

K-C

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	020

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
ユニット型個室およびユニット型準個室は存在せず、従来型個室のみ2床増床に変更となった場合：
・ユニット型個室：当初空欄、変更空欄
・ユニット型準個室：当初空欄、変更空欄
従来型個室：当初0床、変更2床
多床室：当初45床、変更45床

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017年	4月	1日	~	2018年	3月	31日まで		
施設名	ショートステイかみや								
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14							
施設の開設年月日(西暦)	2000年	1月	1日						
地域区分	①	①1級地	②2級地	③3級地	④4級地	⑤5級地	⑥6級地	⑦7級地	⑧その他
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無1 有	0	指定管理者の指定	
建物所有の状況	1	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無1 有	0	0	0
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2015年	1月		
建物のうち当該事業に使用している面積	1,410 m ²	併設の状況	1.特養併設	2.その他併設	3.単独	1			

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1有の場合に「→」を記入(0無の場合には未記入)	変更時期(西暦)	2017年	10月
定員	当初	変更			
ユニット型個室					
ユニット型準個室					
従来型個室	0	2			
多床室	45	45			
合	45	47			

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
○当年度初日(4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

すべての認可定員の欄に記入

当初	変更	当初	変更
0	2	0	2
45		45	45

※空床利用型の場合、定員の記入は不要です。

報酬区分	ユニット数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
ユニット型個室										0
ユニット型準個室										0
従来型個室						20	60	40		120
多床室		5	75	1,680	2,350	4,650	4,250	3,250		16,260
空床利用型										0
合計	0	5	75	1,680	2,350	4,670	4,310	3,290	0	16,380

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「短期入所」と「特養等の空床利用」で決算区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

○空床利用型短期入所の利用については、特養本体施設ではなく、この施設状況票に記入してください。

・決算上特養等の施設状況票のサービス区分に合算されている場合
⇒短期入所分を分けられる場合は、この施設状況票に記入してください。分けられない場合は、この施設状況票に記入せず、合算元施設の施設状況票に記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。

【例】
・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	看護体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
医療連携強化加算	0 無 1 有	0	夜勤職員配置加算	0 無 1 有	1	認知症行動・心理症状緊急対応加算	0 無 1 有	0
若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0	緊急短期入所受入加算	0 無 1 有	0	療養食加算	0 無 1 有	0
在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅰ)算定)	0 無 1 有	0	在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅱ)算定)	0 無 1 有	0	在宅中重度者受入加算(看護体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)算定)	0 無 1 有	0
在宅中重度者受入加算(看護体制加算算定なし)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
機能訓練体制加算	0 無 1 有	0						

4. 実費負担

食費(1日あたり)	1,500 円	居住費(1日あたり)	600 円	延べ利用者数における利用者負担額4段階以上の割合	35.0 %
その他(1日あたり)	400 円				

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
医師				0.0	(うち理学療法士)				0.0
生活相談員	1.0			1.0	(うち作業療法士)				0.0
看護師等	1.0			1.0	(うち看護師)				0.0
介護職員	17.5	2.5	1.0	21.0	介護支援専門員				0.0
(うち介護福祉士)	7.0			7.0	宿直				0.0
事務員	1.0			1.0	その他				0.0
栄養士				0.0	合計	21.0	2.5	1.0	25.0
調理員				0.0					

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【通所介護】施設状況票

K-D①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	010

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（入所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（この事例では4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間（西暦）	2017年 4月 1日 ~ 2018年 3月 31日				
施設名	かみやデイサービス				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14			
施設の開設年月日（西暦）	2005年 1月 1日				
この施設状況票の作成対象	1. 本体事業所 2. サテライト 3. 本体事業所（サテライト含む）				
併設の状況	3	1. 単独、2. 特養に併設、3. その他施設に併設	宿泊サービスの有無	0 無 1 有	
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他			
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他（公有地を含む）	0 無 1 有	0	指定管理者の指定
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他（公設を含む）	0 無 1 有	0	0 無 1 有
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期（西暦）	2015年 1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	254 m ²				

2. 利用状況

営業日数	340 / 365-366日				
営業時間	平日	09	:	00	~ 16 : 15
	土曜日	09	:	00	~ 16 : 15
	祝祭日	09	:	00	~ 00 : 00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「-」を記入（0 無の場合は未記入）	変更時期（西暦）	2017年 6月
----------------	---	---------------------------	----------	----------

定員	
当初	35
変更	30

延べ利用者数	報酬区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計	事業形態
	3時間以上5時間未満										
5時間以上7時間未満	553	1,055	719	380	172	110	56			3,045	
7時間以上9時間未満			2,147	2,621	1,880	243	329			7,220	
合計		553	1,055	2,866	3,001	2,052	353	385	0	10,265	

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「通所介護事業所」と「認知症対応型通所介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は、「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
（例）Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○3時間未満の利用者は「3時間以上5時間未満」の利用者に合算して記入してください。

年度末(決算月末)における登録者数	要支援	20人	要介護	110人
-------------------	-----	-----	-----	------

キャンセル率の把握について

キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	1	1の場合、年度末(決算月間)におけるキャンセル率	72%
-----------------------	------------	---	--------------------------	-----

※会計期間12ヶ月の平均を報告してください。

送迎範囲について

通常実施の圏域	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	3
---------	---------	---------------	----------------	----------------	----------	---

通常実施の圏域を超えたサービスの提供	0 無 1 有	0
--------------------	------------	---

平均送迎時間	60分	最長送迎時間	70分
--------	-----	--------	-----

年度末(この事例では3月末)の実人数を記入してください。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)のキャンセル率を記入してください。

○施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。

○乗降車等の介護に有する時間は除外してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり)=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	中重度者ケア体制加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症加算	0 無 1 有	0	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0
栄養改善加算	0 無 1 有	0	口腔機能向上加算	0 無 1 有	0	個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	1
入浴介助体制強化加算	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0	運動器機能向上加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算	0 無 1 有	0
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	事業所評価加算	0 無 1 有	0

4. 実費負担

食費(1日あたり)	650円	その他(1日あたり)	150円
-----------	------	------------	------

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.7			0.7	機能訓練指導員				0.0
生活相談員	3.0			3.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	6.5	2.2		8.7	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	4.0	1.3		5.3	介護支援専門員				0.0
事務員	0.3		0.7	1.0	宿直				0.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員				0.0					0.0
合計	14.5	3.5	0.7	18.7					

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

「弁当の委託」は給食業務の委託にはあたりません。「その他」で「1有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	1

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【認知症対応型通所介護】 施設状況票

K-D②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	019

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（入所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（この事例では4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間（西暦）	2017 年 4 月 1 日	～	2018 年 3 月 31 日		
施設名	認知症対応型老人デイサービスかみや				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-15			
施設の開設年月日（西暦）	2000 年 1 月 1 日				
この施設状況票の作成対象	3	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所（サテライト含む）			
併設の状況	2	1 単独型 2 併設型 3 共用型	宿泊サービスの有無	0 無 1 有	0
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他			
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他（公有地を含む）	0 無 1 有	0	指定管理者の指定
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他（公設を含む）	0 無 1 有	0	0
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期（西暦）	2010 年 1 月	
建物のうち当該事業に使用している面積	280 m ²				

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「通所介護事業所」と「認知症対応型老人通所介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00：00～00：00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
（例）Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○3時間未満の利用者は「3時間以上5時間未満」の利用者に合算してください。

2. 利用状況

営業日数	325 / 365-366日									
営業時間	平日	09 : 00	～	16 : 15						
	土曜日	09 : 00	～	16 : 15						
	祝祭日	00 : 00	～	00 : 00						
年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入 0 無の場合には未記入 変更時期（西暦） 2017 年 6 月								
定員	当初変更 → 12 10									
延べ利用者数	報酬区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
	3時間以上5時間未満									0
	5時間以上7時間未満	10	0	1,030	750	240	80			2,110
	7時間以上9時間未満		45	655	50	225				975
	合計	10	45	1,685	800	465	80	0	0	3,085

年度末(決算月末)における登録者数	要支援	0人	要介護	25人	
キャンセル率の把握について					
キャンセル率の把握できる仕組みを設けている	0 無 1 有	1	1の場合、年度末(決算月間)におけるキャンセル率	3.5%	
送迎範囲について ※会計期間12ヶ月の平均を報告してください。					
通常実施の圏域	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上				2
通常実施の圏域を超えたサービスの提供	0 無 1 有				0
平均送迎時間	30分	最長送迎時間	40分		

年度末(この事例で3月末)の実人数を記入してください。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)のキャンセル率を記入してください。

○施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。
○乗降車等の介護に有する時間は除外してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

個別機能訓練加算	0 無 1 有	1	若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0	栄養改善加算	0 無 1 有	1
口腔機能向上加算	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0
中重度ケア体制加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
認知症加算	0 無 1 有	0	個別送迎体制強化加算	0 無 1 有	0	入浴介助体制強化加算	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	生活機能向上グループ活動加算	0 無 1 有	0	運動器機能向上加算	0 無 1 有	0
選択的サービス複数実施加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	選択的サービス複数実施加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0			

「3. 加算の状況」記入にあたって
○当年度における算定実績の有無を選択してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

4. 実費負担

食費(1日あたり)	700円	その他(1日あたり)	200円
-----------	------	------------	------

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員	2.0			2.0
生活相談員	1.0			1.0	(うち理学療法士)	1.0			1.0
看護師等	0.5		0.5	1.0	(うち作業療法士)	1.0			1.0
介護職員	3.0			3.0	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	3.0			3.0	介護支援専門員				0.0
事務員				0.0	宿直				0.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員				0.0	合計	7.5	0.0	0.5	8.0

「5. 従事者の状況」記入にあたって
○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「弁当の委託」は給食業務の委託にはあたりません。「その他」で「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	1

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【認知症対応型共同生活介護】施設状況票

K-E

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	030

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	グループホームかみや				
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-14				
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日				
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他				
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)		0 無 1 有	0 指定管理者の指定
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)		0 無 1 有	0 無 1 有
建物の全面建替状況	T	0 無 T 有		全面建替の竣工時期(西暦) 2015年1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	280 m ²				

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入 0 無の場合には未記入)	変更時期(西暦)	2017年1月
----------------	---	-----------------------------	----------	---------

定員	ユニット数	
	当初	変更
12	9	1

延べ利用者数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	計
0	0	94	740	790	901	653	1	3,178	
共用型認知症対応型通所介護を実施している場合は延べ利用者数をご記入ください。									3,245 人

年度末(決算月末)における待機登録者数	4 人
---------------------	-----

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
認知症対応型共同生活介護の「ユニット」ごとにサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

○同一日に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

○年度末(この事例では3月末)の実人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

夜間支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	夜間支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	認知症行動・心理症状緊急対応加算	0 無 1 有	0
若年性認知症利用者受入加算	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前2日又は3日)	0 無 1 有	0
看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算	0 無 1 有	1	退居時相談援助加算	0 無 1 有	0
認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数		6人

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	1	洗滌	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり)=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

・水道光熱費等(1ヶ月あたり)
=年間の水道光熱費合計÷年間延べ利用者数×30日

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 実費負担

家賃(1ヶ月あたり)	55,000 円	水道光熱費(1ヶ月あたり)	21,000 円
食費(1日あたり)	1,050 円	その他(1日あたり)	350 円

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.7			0.7	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等		0.1		0.1	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	5.6	1.2		6.8	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	2.0			2.0	介護支援専門員				0.0
事務員				0.0	宿直				0.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員		0.4		0.4	合計	6.3	1.7	0.0	8.0

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	1

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【小規模多機能型居宅介護】施設状況票

K-F

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	009

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	小規模多機能型居宅介護かみや												
施設の所在地	〒105-0001			東京都港区虎ノ門4-3-13									
施設の開設年月日(西暦)	2007			年	1	月	1	日					
この施設状況票の作成対象	1. 1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)												
地域区分	① ①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他												
土地所有の状況	3			1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)			0 無 1 有			0 指定管理者の指定 1 有			
建物所有の状況	1			1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)			0 無 1 有			0 1 有			
建物の全面建替状況	0 無 1 有			全面建替の竣工時期(西暦)			2015			年 1 月			
建物のうち当該事業に使用している面積	745 m ²												

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1			1 有の場合に「-」を記入(0 無の場合は未記入)			変更時期(西暦)	2017			年	8	月
定	当初			27			変更			29			

	延べ利用者数合計			月別登録者数合計
	【宿泊】	【通い】	【訪問】	
	最大定員数 9名 まで	最大定員数 16名 まで		
要支援1	60	120	80	20
要支援2	60	210	70	25
要介護1	400	1,560	456	100
要介護2	490	1,400	300	80
要介護3	150	670	50	40
要介護4	550	790	30	30
要介護5		70	60	
その他				
合計	1,710	4,820	1,046	302

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが宿泊10日、通い100日利用
Dさんが宿泊20日、通い30日、訪問50回利用
→ 宿泊: 10+20=30 通い: 100+30=130 訪問: 50 と計算。

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

事業区分ごとに、各月(この事例では4月~3月各月)の登録者数を12ヶ月分合計して記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	認知症加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	認知症加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1
看護職員配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	看護職員配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	看護職員配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
看取り連携体制加算	0 無 1 有	0	訪問体制強化加算	0 無 1 有	0	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	1
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅱ)	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(イを算定)(Ⅲ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(ロを算定)(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数		0			

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	0
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	洗滌	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり)=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

5. 実費負担

食費(1日あたり)	400円	滞在費(1日あたり)	600円	その他(1日あたり)	500円
-----------	------	------------	------	------------	------

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	3.5	6.0	1.5	11.0	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	3.0	3.5		6.5	介護支援専門員	1.0			1.0
事務員				0.0	宿直				0.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員				0.0					
					合計	5.5	6.0	1.5	13.0

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

高齢者福祉サービス【訪問介護】 施設状況票

K-G

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	038

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-XXXX	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	ヘルパーステーションかみや				
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設の開設年月日(西暦)	1999年1月1日				
この施設状況票の作成対象	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)				
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他				
土地所有の状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指定管理者の指定	
建物所有の状況	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0
建物の全面建替状況	0 無 1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2010年1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	285㎡				

2. 利用状況

営業日数	365 / 365-366日				
営業時間	平日	00 : 00	～	23 : 59	
	土曜日	00 : 00	～	23 : 59	
	祝祭日	00 : 00	～	23 : 59	

要介護	身体介護				生活援助		通院等昇降介助
	20分未満	20分以上～30分未満	30分以上～1時間未満	1時間以上	20分以上～45分未満	45分以上	
延べサービス提供回数(回)	320	1,000	500	300	1,200	800	

要支援	介護予防訪問介護Ⅰ	介護予防訪問介護Ⅱ	介護予防訪問介護Ⅲ
延べ利用者数	280	340	360

年度末(決算月末)における登録者数	要支援	40人	要介護	1人
年度末(決算月間)における利用実人数	要支援	38人	要介護	55人
年度末(決算月間)における訪問回数	480回			

訪問介護の範囲について				
通常実施の圏域	1 5km未満 2 5km以上10km未満 3 10km以上15km未満 4 15km以上20km未満 5 20km以上			
利用者1人あたり平均訪問移動時間	15分	利用者の最長訪問移動時間	30分	

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「訪問介護事業所」と「夜間対応型訪問介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00～00:00」としてください。

○24時間営業の場合は、「00:00～23:59」としてください。

年度末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

○会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

○同じ利用者に複数のサービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。
【例】
決算月の1ヶ月間で、Aさんが2回、Bさんが4回利用した場合⇒利用実人数：2人

”本体施設”と”サテライト施設”が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には”本体施設”と”サテライト施設”を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

会計期間内に提供したサービスの回数を入力してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Eさんが介護予防訪問介護Ⅰを5ヶ月間利用
Fさんが介護予防訪問介護Ⅰを12ヶ月間利用
→5+12=17 と計算

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の延べ訪問回数を記入してください。

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。乗降車等の介護に有する時間は除外してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

生活機能向上連携加算	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(I)	0 無 1 有	0
特定事業所加算(II)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(III)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(IV)	0 無 1 有	0
特別地域訪問介護加算	0 無 1 有	0	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0
緊急時訪問介護加算	0 無 1 有	0	特別地域介護予防訪問介護加算	0 無 1 有	0			

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	1
------------------	------------	---	------	------------	---

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	5.5	2.0	0.5	8.0	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	5.0			5.0	介護支援専門員				0.0
					その他				0.0
					合計	6.5	2.0	0.5	9.0

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

登録ヘルパー実人数	→ 10.0 人
-----------	----------

10月1日における実人数(常勤換算不要)を記入してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス事業【夜間対応型訪問介護】施設状況票

K-H

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	008

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	夜間訪問介護事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日(西暦)	2010	年	1	月	1	日							
この施設状況票の作成対象	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)												
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)		0	無 1 有		0	指定管理者の指定					
建物所有の状況	2	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)		0	無 1 有		0	0 無 1 有		0			
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有		全面建替の竣工時期(西暦)									
建物のうち当該事業に使用している面積	285 m ²												

2. 利用状況

営業日数	365 / 365・366日											
営業時間	平日	22 : 00 ~ 07 : 00										
	土曜日	22 : 00 ~ 07 : 00										
	祝祭日	22 : 00 ~ 07 : 00										
区分	夜間対応型訪問介護(Ⅰ)											夜間対応型訪問介護(Ⅱ)
	基本夜間対応型訪問介護		随時訪問サービス(Ⅰ)		随時訪問サービス(Ⅱ)		定期巡回サービス					
延べ利用者数	10										100	
延べ訪問回数(回)			330		0		0					

年度末(決算月末)における登録者数 **20人**

夜間対応型訪問介護の範囲について

通常実施の圏域	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	2
---------	---------	---------------	----------------	----------------	----------	---

利用者1人あたり平均訪問移動時間	30分	利用者の最長訪問移動時間	60分
------------------	-----	--------------	-----

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

会計期間内に提供したサービスの延べ回を記入してください。

年度末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。介護に有する時間は除外してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「訪問介護事業所」と「夜間対応型訪問介護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Gさんが基本夜間対応型訪問介護を7ヶ月間利用
Hさんが夜間対応型訪問介護Ⅱを11ヶ月間利用
→基本夜間対応型訪問介護:7
夜間対応型訪問介護Ⅱ:11
と計算

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)イ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)ロ	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0			

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
------------------	------------	---	------	------------	---

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等				0.0	(うち作業療法士)				0.0
介護職員	0.5	0.5	0.5	1.5	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	0.5	0.5		1.0	介護支援専門員				0.0
					その他				0.0
					合計	1.5	0.5	0.5	2.5

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

10月1日における実人数(常勤換算は不要)を記入してください。

登録ヘルパー実人数	2.0
-----------	-----

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【訪問看護】施設状況票

K-I

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	013

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

健康保険法等(後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労働者災害補償保険および生活保護等の公費負担医療)の利用者について記入してください。

施設を出発して施設に戻ってくるまでの平均訪問時間(周回時間)を記入してください。看護に有する時間は除外してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	訪問看護ステーションかみや												
施設の所在地	〒105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日(西暦)	1995		年	1	月	1	日						
この施設状況票の作成対象	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)												
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)		0 無 1 有	0	指定管理者の指定							
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)		0 無 1 有	0	0 無 1 有		0					
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有		全面建替の竣工時期(西暦)		2010		年	1		月		
建物のうち当該事業に使用している面積	26 m ²												

2. 利用状況

営業日数	365 / 365・366日	
営業時間	平日	08 : 30 ~ 17 : 30
	土曜日	08 : 30 ~ 12 : 30
	祝祭日	00 : 00 ~ 00 : 00

【介護保険法上の利用実人数等】

報酬区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
利用実人数(人)	1	3	7	6	4	1	8	1
延べ訪問回数(回)	5	110	150	115	200	20	345	5
定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所(連携型)との連携	0 無 1 有		0					

【健康保険法上の利用実人数等】

健康保険法等	健康保険法等	その他
利用実人数(人)	1	
延べ訪問回数(回)	3	

訪問看護の範囲について

通常実施の圏域	1 5km未満	2 5km以上10km未満	3 10km以上15km未満	4 15km以上20km未満	5 20km以上	3
利用者1人あたり平均訪問移動時間	20分		利用者之最長訪問移動時間		40分	

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「訪問看護事業所」と「定期巡回・随時対応型訪問看護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00 : 00 ~ 00 : 00」としてください。

○24時間営業の場合は、「00 : 00 ~ 23 : 59」と記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○利用実人数・延べ訪問回数の算出方法
(例) Jさんが1年間に訪問を15回利用
Jさんが1年間に訪問を25回利用
→利用実人数: 1+1=2
延べ訪問回数: 15+25=40 と計算。

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

退院時共同指導加算	0 無 1 有	0	看護・介護職員連携強化加算	0 無 1 有	0	看護体制強化加算	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算（イおよびロを算定する場合）	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（ハを算定する場合）	0 無 1 有	0	特別地域訪問看護加算	0 無 1 有	0
中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	緊急時訪問看護加算	0 無 1 有	0
特別管理加算（Ⅰ）	0 無 1 有	1	特別管理加算（Ⅱ）	0 無 1 有	1	ターミナルケア加算	0 無 1 有	1
看取り体制	0 未整備 1 整備済	1	実績人数	5人				

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射（点滴を含む）	0 無 1 有	1	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	1
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	0 無 1 有	1	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター（人工呼吸器）の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理（麻薬を用いるもの）	0 無 1 有	0	経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	0 無 1 有	1	モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	0 無 1 有	1
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置（褥瘡を除く）	0 無 1 有	1	服薬管理（注射を除く）	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	1	排便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員		0.1		0.1
生活相談員				0.0	（うち理学療法士）		0.1		0.1
保健師				0.0	（うち作業療法士）				0.0
看護師	3.0		1.0	4.0	（うち看護師）				0.0
准看護師				0.0	介護支援専門員				0.0
介護職員（うち介護福祉士）				0.0	その他				0.0
				0.0	合計	4.0	0.1	1.0	5.1

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【定期巡回・随時対応型訪問介護看護】施設状況票



顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	041

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	サポートセンターかみや				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-13			
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日				
施設の形態	1 一体型	2 連携型	2		
この施設状況票の作成対象	1	1. 本体事業所 2. サテライト事業所 3. 本体事業所(サテライト含む)			
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他			
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む) 0 無 1 有 0 指定管理者の指定			
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む) 0 無 1 有 0 無 1 有			
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)	2010年4月
建物のうち当該事業に使用している面積	130㎡				

2. 利用状況

営業日数	365 / 365-366日
------	----------------

【介護保険法上の利用実人数等】

介護報酬区分	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
訪問介護 利用実人数(人)	55	65	66	45	5	
延べ定期巡回訪問回数(回)	5,700	8,500	8,400	10,900	220	
延べ随時対応訪問回数(回)	20	1,800	1,100	5,300	5	
訪問看護 利用実人数(人)				1		1
延べ定期巡回訪問回数(回)				30		20
延べ随時対応訪問回数(回)						

【健康保険法等の利用実人数等】

健康保険法等	健康保険法等	その他
訪問看護 利用実人数(人)	1	
延べ訪問回数(回)	20	

オペレーションセンターの設置の有無	0 無 1 有	1	1の場合、オペレーションセンターの設置状況	0 施設内 1 法人内 2 法人外	0
1月あたり平均コール件数	700回				
市町村独自報酬取得の有無	0 無 1 有	0			

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

同じ利用者が複数回サービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。

健康保険法等(後期高齢者医療制度、健康保険、国民健康保険、労働者災害補償保険および生活保護等の公費負担医療)の利用者について記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「訪問看護事業所」と「定期巡回・随時対応型訪問看護事業所」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○利用実人数・延べ訪問回数の算出方法
(例) Jさんが1年間に訪問を15回利用
Jさんが1年間に訪問を25回利用
→利用実人数:1+1=2
延べ訪問回数:15+25=40 と計算。

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

退院時共同指導加算	0 無 1 有	0	総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	1
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	特別地域定期巡回・随時対応型訪問介護看護加算	0 無 1 有	0	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0	緊急時訪問看護加算	0 無 1 有	0	ターミナルケア加算	0 無 1 有	0
特別管理加算Ⅰ	0 無 1 有	0	特別管理加算Ⅱ	0 無 1 有	0			
看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数		0人			

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師		0.2		0.2	(うち作業療法士)				0.0
准看護師			0.3	0.3	(うち看護師)				0.0
介護職員	3.0	0.5		3.5	介護支援専門員				0.0
(うち介護福祉士)	3.0			3.0	オペレーター	1.5			1.5
					その他				0.0
					合計	5.0	0.7	0.3	6.0

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【看護小規模多機能型居宅介護】施設状況票

K-K

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	043

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（入所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間（西暦）	2017	年	4	月	1	日	～	2018	年	3	月	31	日		
施設名	看護小規模多機能型居宅介護事業所かみや														
施設の所在地	〒 105-0001			東京都港区虎ノ門4-3-13											
施設の開設年月日（西暦）	1997			年	1	月	1	日							
この施設状況票の作成対象	1 本体施設 2 サテライト施設 3 本体施設（サテライト含む）														
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他														
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他（公有地を含む）			0 無 1 有	0 無 1 有			0 無 1 有			0			
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他（公設を含む）			0 無 1 有	0 無 1 有			0 無 1 有			0			
建物のうち当該事業に使用している面積	379			㎡			全面建替の竣工時期（西暦）			2010			年	1	月

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「→」を記入（0 無の場合は未記入）			変更時期（西暦）	2017	年	12	月	
定員当初	25	変更	27							

	延べ利用者数合計				月別登録者数合計
	【宿泊】	【通い】	【訪問介護】	【訪問看護】	
	最大定員数 9名 まで	最大定員数 15名 まで			
要支援1					
要支援2					
要介護1	1,000	1,300	3,000	90	60
要介護2		500	3,700	110	30
要介護3	10	1,300	8,500	250	60
要介護4		300	1,500	100	15
要介護5	1,800	2,000	1,000	30	80
その他					
合計	2,810	5,400	17,700	580	245

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更年月を記入してください。

○当年度初日（4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」の「当初」欄に変更人数を記入してください。

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
（例）Cさんが宿泊10日、通い100日利用
Dさんが宿泊20日、通い30日、訪問50回利用
→宿泊:10+20=30
通い:100+30=130
訪問:50 と計算。

○1日のうちに利用者の入退所が有る場合は、退所者と入所者の両方を延べ利用者として計上してください。

決算区分ごとに、各月（4月～3月）の登録者数の合計数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
 ○当年度の実施の有無を選択してください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

認知症加算（Ⅰ）	0 無 1 有	0	認知症加算（Ⅱ）	0 無 1 有	1	退院時共同指導加算	0 無 1 有	1
事業開始時支援加算	0 無 1 有	0	緊急時訪問看護加算	0 無 1 有	1	特別管理加算（Ⅰ）	0 無 1 有	1
特別管理加算（Ⅱ）	0 無 1 有	1	ターミナルケア加算	0 無 1 有	0	訪問看護体制強化加算	0 無 1 有	0
総合マネジメント体制強化加算	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（イを算定）（Ⅰ）イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算（イを算定）（Ⅰ）ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算（イを算定）（Ⅱ）	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（イを算定）（Ⅲ）	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（ロを算定）（Ⅰ）イ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算（ロを算定）（Ⅰ）ロ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（ロを算定）（Ⅱ）	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算（ロを算定）（Ⅲ）	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算（Ⅰ）	0 無 1 有	1	介護職員処遇改善加算（Ⅱ）	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	0 無 1 有	0
介護職員処遇改善加算（Ⅳ）	0 無 1 有	0	看取り体制	0 未整備 1 整備済	0	実績人数		← 入

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射（点滴を含む）	0 無 1 有	1	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	1
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ（人工肛門・人工膀胱）の管理	0 無 1 有	1	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター（人工呼吸器）の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理（麻薬を用いるもの）	0 無 1 有	0	経管栄養（胃ろう・腸ろうを含む）	0 無 1 有	1	モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	0 無 1 有	1
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	1	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置（褥瘡を除く）	0 無 1 有	1	服薬管理（注射を除く）	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	1	摘便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

5. 実費負担

食費（1日あたり）	300円	滞在費（1日あたり）	450円	その他（1日あたり）	500円
-----------	------	------------	------	------------	------

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	派遣職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員				0.0
生活相談員				0.0	（うち理学療法士）				0.0
看護師等	3.0	0.5		3.5	（うち作業療法士）				0.0
介護職員	9.0	3.0		12.0	（うち看護師）				0.0
（うち介護福祉士）	8.0	1.0		9.0	介護支援専門員	1.0			1.0
事務員		1.0		1.0	宿直	1.0			1.0
栄養士				0.0	その他				0.0
調理員				0.0	合計	15.0	4.5	0.0	19.5

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務（労務委託）	0 無 1 有	0	給食業務（全面委託）	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【訪問入浴介護】施設状況票

K-L

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	029

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	1	月	1	日	~	2017	年	12	月	31	日
施設名	訪問入浴介護事業所かみや												
施設の所在地	〒 105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日(西暦)	2000		年	1	月	1	日						
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)		0 無 1 有	0	指 定 管 理 者 の 指 定							
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)		0 無 1 有	0	0 無 1 有	0						
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有		全面建替の竣工時期(西暦)		2005		年	1	月			
建物のうち当該事業に使用している面積	24		㎡										

2. 利用状況

営業日数	242	／	365・366日
利用実人数(人)	100		
延べ訪問回数(回)	2,942		

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

サービス提供体制強化加算(I)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(I)ロ	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0
特別地域訪問入浴介護加算	0 無 1 有	0	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0
特別地域介護予防訪問入浴介護加算	0 無 1 有	0						

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	機能訓練指導員	0.1			0.1
生活相談員				0.0	(うち理学療法士)				0.0
看護師等	3.0	1.2		4.2	(うち作業療法士)	0.1			0.1
介護職員	4.0	1.0	0.4	5.4	(うち看護師)				0.0
(うち介護福祉士)	3.0			3.0	介護支援専門員				0.0
					その他				0.0
					合 計	8.1	2.2	0.4	10.7

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	1
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○利用実人数・延べ訪問回数の算出方法
(例)Iさんが1年間に訪問を15回利用
Jさんが1年間に訪問を25回利用
→利用実人数:1+1=2
延べ訪問回数:15+25=40 と計算。

機能訓練指導員のうち、各有資格者について、その内訳を記入してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【地域包括支援センター】施設状況票

K-M

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	3	007

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	地域包括支援センターかみや												
施設の所在地	〒 105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日(西暦)	2005		年	1	月	1	日						
地域区分	①	①1級地	②2級地	③3級地	④4級地	⑤5級地	⑥6級地	⑦7級地	⑧その他				
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指 定 管 理 者 の 指 定					
建物所有の状況	2	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0				
建物の全面建替状況	0	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)									
建物のうち当該事業に使用している面積	18	m ²	併設の状況		1 独立型	2 併設型	2						

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

営業日数	295 / 365-366日
相談件数	670

区分	ケ ア プ ラ ン 作 成					
	受 託			委 託		
	要支援1	要支援2	その他	要支援1	要支援2	その他
利用実人数	68	86				

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○介護保険対象外の利用者および認定切り替え等により介護度別に計算できない利用者は「その他」として計算してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

介護予防小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有	1
------------------------	------------	---

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	介護支援専門員	1.0			1.0
保健師	2.0			2.0	社会福祉士	1.0			1.0
看護師等			0.1	0.1	その他		1.0		1.0
					合 計	4.5	1.0	0.1	5.6

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

高齢者福祉サービス【居宅介護支援事業所】施設状況票

K-N

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	001	003

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(短期入所等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△		
会計期間(西暦)	2017年4月1日 ~ 2018年3月31日						
施設名	居宅介護支援事業所かみや						
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13						
施設の開設年月日(西暦)	2005年1月1日						
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他						
土地所有の状況	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	指定管理者の指定
建物所有の状況	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0 無 1 有	0
建物の全面建替状況	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2015年	1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	10㎡	併設の状況		1 独立型	2 併設型	2	

2. 利用状況

営業日数	227 / 365-366日
------	----------------

介護報酬区分	委託引き受け分		受託分					
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他
延べ利用者数	70	160	330	248	135	25	25	1

特定事業所集中減算の有無	0 無 1 有	0
--------------	------------	---

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

特定事業所加算(I)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(II)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(III)	0 無 1 有	0
入院情報連携加算(I)	0 無 1 有	1	入院情報連携加算(II)	0 無 1 有	0	退院・退所加算	0 無 1 有	1
小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有	0	看護小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	0 無 1 有	0	緊急時等居宅カンファレンス加算	0 無 1 有	0
特別地域居宅介護支援加算	0 無 1 有	0	中山間地域等における小規模事業所加算	0 無 1 有	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0 無 1 有	0

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	その他				0.0
介護支援専門員		1.8	0.0	1.8	計	1.0	1.8	0.0	2.8

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0
--------	------------	---	--------	------------	---	-----	------------	---

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Kさんが6ヶ月間利用
Lさんが12ヶ月間利用
→6+12=18 と計算。

○認定切り替え等の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

高齢者福祉サービス【養護老人ホーム】施設状況票

K-O ①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	001	002

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成をお願いいたします。

【例】
「養護老人ホーム」と「特定施設入居者生活介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」の「当初」欄に変更人数を記入してください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

記入が必要です

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（入所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他のサービス区分の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
定員60床の養護老人ホームで、特定に変更がなく、定員が2床増床となった場合：
・定員：当初48床、変更50床
・特定：当初12床、変更12床
※定員の「計」の欄が、施設の定員数と一致するように記入してください。「特定施設入居者生活介護」の定員欄はうち書きではありませんのでご注意ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間（西暦）	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	養護老人ホームかみや				
施設の所在地	〒105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-3			
施設の開設年月日（西暦）	1980年4月1日				
この施設状況票の作成対象	1	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設（サテライト含む）			
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他			
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他（公有地を含む）	0 無 1 有	1	指定管理者の指定
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他（公設を含む）	0 無 1 有	0 無 1 有	1
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期（西暦）	2000年	10月
一般型・盲型	0 一般 1 盲	0	特定施設入居者生活介護の指定	0 無 1 有（外部サービス利用型） 2 有（一般型）	1
建物のうち当該事業に使用している面積	3,210 m ²				

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合にーを記入（0 無の場合は未記入）	変更時期（西暦）	2017年	10月
定員	当初	48	変更	50	
特定施設入居者生活介護の定員	当初	12	変更	12	
計	当初	60	変更	62	

すべての認可定員の欄に記入

当初	48	変更	50
当初	12	変更	12

報酬区分	介護保険未利用者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
延べ利用者数	17,400			160	840	1,210	1,370	742	21,722

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください

○延べ利用者数の算出方法
 (例) Aさんが100日利用
 Bさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

障害者等加算	0 無 1 有	1	夜勤体制加算	0 無 1 有	1	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	0
単身赴任手当加算	0 無 1 有	0	介護保険料加算	0 無 1 有	1	老人短期入所加算	0 無 1 有	0
介護サービス利用者負担加算	0 無 1 有	1	期末加算	0 無 1 有	1	被服費加算	0 無 1 有	1
寒冷地加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	0
医療機関連携加算	0 無 1 有	0	障害者等支援加算	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0
看取り介護加算(死亡日以前2日又は3日)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(I)	0 無 1 有	0
認知症専門ケア加算(II)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(I)イ	0 無 1 有	1	サービス提供体制強化加算(I)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(II)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0
看取り体制	0 未整備 1 整備済	1	実績人数	2	人			

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	1	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	1	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	摘便	0 無 1 有	0	洗腸	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	看護職員	1.0			1.0
医師	0.1			0.1	栄養士	1.0			1.0
生活相談員	2.0			2.0	調理員	4.0	2.5		6.5
支援員	10.0	4.2	1.3	15.5	事務員	1.0	0.5		1.5
介護職員		1.0		1.0	その他				0.0
介護支援専門員				0.0	合計	20.1	8.2	1.3	29.6

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

高齢者福祉サービス【養護老人ホーム(特定)】施設状況票

K-O ②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	001	001

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。

【例】
「養護老人ホーム」と「特定施設入居者生活介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（この事例では4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Aさんが100日利用
Bさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算

○利用中の外泊や入院等の日数は、延べ利用者数の計算から除外してください。

○同一日中に利用者の入退所が重なった場合、入所・退所の両方を延べ利用者数の計算に含めてください。

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設(サテライト含む)」を選択し、この施設状況票には” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(入所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」を

○他のサービス区分の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△							
会計期間	(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	養護老人ホームかみや													
施設の所在地	〒105-0001		東京都港区虎ノ門4-3-13											
施設の開設年月日	(西暦)	1980	年	1	月	1	日							
この施設状況票の作成対象	1	1. 本体施設 2. サテライト施設 3. 本体施設(サテライト含む)												
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他												
土地所有の状況	1	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)						0無 1有	1	指定管理者の指定				
建物所有の状況	1	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)						0無 1有		0無 1有				
建物の全面建替状況		0無 1有						全面建替の竣工時期 (西暦)		2010年4月				
一般型・盲型	0一般 1盲	0	特定施設入居者生活介護の指定						0無 1有(外部サービス利用型) 2有(一般型)	1				
建物のうち当該事業に 利用している面積	1,503 m ²													

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に一を記入(0 無の場合は未記入)		変更時期(西暦)	2017年10月	
特定施設入居者生活介護の定員当	78	変更	80			

報酬区分	介護保険未利用者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	合計
延べ利用者数	17,200			200	4,000	4,600	1,500	1,300	28,800

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における算定実績の有無を選択してください。

当年度の看取り実績の有無に拘らず、看取り介護加算が算定できる体制が整っている場合は、「1 整備済」を記入してください。

当年度に看取り介護加算を算定した看取り実績人数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

障害者等加算	0 無 1 有	1	夜勤体制加算	0 無 1 有	1	入所者処遇特別加算	0 無 1 有	1
単身赴任手当加算	0 無 1 有	0	介護保険料加算	0 無 1 有	1	老人短期入所加算	0 無 1 有	0
介護サービス利用者負担加算	0 無 1 有	1	期末加算	0 無 1 有	1	被服費加算	0 無 1 有	1
寒冷地加算	0 無 1 有	0	個別機能訓練加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	0
医療機関連携加算	0 無 1 有	0	障害者等支援加算	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日以前4日以上30日以下)	0 無 1 有	0
看取り介護加算(死亡日以前2日又は3日)	0 無 1 有	0	看取り介護加算(死亡日)	0 無 1 有	0	認知症専門ケア加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
認知症専門ケア加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	0 無 1 有	0
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
看取り体制	0 未整備 1 整備済	1	実績人数	5人				

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の実施の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	1	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	1	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	1	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	1
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	1
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	1	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	1	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	1
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	1	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	1	洗腸	0 無 1 有	1
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（短期入所等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長	1.0			1.0	看護職員	1.2			1.2
医師	0.4			0.4	栄養士	1.0			1.0
生活相談員	2.5			2.5	調理員	4.5	1.1		5.6
支援員	5.0	1.0		6.0	事務員		0.5		0.5
介護職員	7.2		0.6	7.8	その他				0.0
介護支援専門員				0.0	合計	22.8	2.6	0.0	25.4

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

【参考】 介護保険施設にかかる介護報酬地域区分

●以下は「厚生労働大臣が定める1単位の単価(平成12年2月10日厚生省告示第22号(改正:平成27年4月1日厚生労働省告示(第93号))等を参考に作成したものです。

●この表に掲げる地域は平成24年4月1日において当該地域に係る名称によって示された区域をいい、その後における当該名称又は当該区域の変更によって影響されるものではありません。

地域区分	都道府県	地 域	
1級地	東京都	特別区	
2級地	東京都	狛江市 多摩市	
	神奈川県	横浜市 川崎市	
	大阪府	大阪市	
3級地	東京都	八王子市 武蔵野市 府中市 調布市 町田市 小金井市 小平市 日野市 国分寺市 稲城市 西東京市	
	千葉県	千葉市	
	神奈川県	鎌倉市	
	愛知県	名古屋市	
	大阪府	守口市 大東市 門真市 四條畷市	
4級地	兵庫県	西宮市 芦屋市 宝塚市	
	東京都	立川市 昭島市 東村山市 国立市 東大和市	
	千葉県	船橋市 浦安市	
	神奈川県	相模原市 藤沢市 厚木市	
	大阪府	豊中市 池田市 吹田市 高槻市 寝屋川市 箕面市	
5級地	兵庫県	神戸市	
	茨城県	龍ヶ崎市の 取手市 牛久市 つくば市 守谷市	
	埼玉県	朝霞市 志木市 和光市 新座市	
	千葉県	成田市 佐倉市 習志野市 市原市 四街道市	
	東京都	三鷹市 青梅市 清瀬市 東久留米市 あきる野市 日の出町	
	神奈川県	横須賀市 平塚市 小田原市 茅ヶ崎市 逗子市 大和市 伊勢原市 座間市 寒川町	
	滋賀県	大津市 草津市	
	京都府	京都市	
	大阪府	堺市 枚方市 茨木市 八尾市 松原市 摂津市 高石市 東大阪市 交野市	
	兵庫県	尼崎市 伊丹市 川西市 三田市	
	広島県	広島市 府中町	
	福岡県	福岡市	
	6級地	宮城県	仙台市
		茨城県	水戸市 日立市 土浦市 古河市 利根町
		栃木県	宇都宮市 下野市 野木町
群馬県		高崎市	
川越市		川口市 行田市 所沢市 加須市 東松山市 春日部市 狭山市 羽生市 鴻巣市 上尾市 草加市	
埼玉県		越谷市 蕨市 戸田市 入間市 桶川市 久喜市 北本市 八潮市 富士見市 三郷市 蓮田市 坂戸市 幸手市 鶴ヶ島市 吉川市 ふじみ野市 白岡市 伊奈町 三芳町 宮代町 杉戸町 松伏町	
千葉県		市川市 松戸市 柏市 八千代市 袖ヶ浦市 酒々井市 栄町	
東京都		福生市 武蔵村山市 羽村市 奥多摩町	
神奈川県		三浦市 秦野市 海老名市 綾瀬市 葉山町 大磯町 二宮町 愛川町 清川村	
岐阜県		岐阜市	
静岡県		静岡市	
愛知県		岡崎市 春日井市 津島市 碧南市 刈谷市 豊田市 安城市 西尾市 稲沢市 知立市 愛西市 北名古屋市の 弥富市 みよし市 あま市 大治町 蟹江町	
三重県		津市 四日市市 桑名市 鈴鹿市 亀山市	
滋賀県		彦根市 守山市 栗東市 甲賀市	
京都府		宇治市 亀岡市 向日市 長岡京市 八幡市 京田辺市 木津川市 精華町の 岸和田市 泉大津市 貝塚市 泉佐野市 富田林市 河内長野市 和泉市 柏原市 羽曳野市 藤井寺市 泉南市の 大阪狭山市 阪南市 島本町 豊能町 能勢町 忠岡町 熊取町 田尻町の 兵庫県 明石市 猪名川町の 奈良県 奈良市 大和高田市 大和郡山市 生駒市の 和歌山県 和歌山市 橋下市の 広島県 府中町の 福岡県 春日市 大野城市 太宰府市 福津市 糸島市 那珂川町 粕屋町の	
7級地		北海道	札幌市
		茨城県	結城市 下妻市 常総市 笠間市 ひたちなか市 那珂市 筑西市 坂東市 稲敷市の つくばみらい市 大洗町 阿見町 河内町 八千代町 五霞町 境町の
		栃木県	栃木市 鹿沼市 日光市 小山市 真岡市 大田原市 さくら市 壬生町の
		群馬県	前橋市 伊勢崎市 太田市 渋川市 玉村町の
		埼玉県	熊谷市 飯能市 深谷市 日高市 毛呂山町 越生町 滑川町 川島町 吉見町 鳩山町 寄居町の 木更津市 野田市 茂原市 東金市 流山市 我孫子市 鎌ヶ谷市 君津市 八街市 印西市 白井市 山武市の 大網白里市 長柄町 長南町の
		東京都	瑞穂町 檜原町の
		神奈川県	箱根町の
		新潟県	新潟市
		富山県	富山市
		石川県	金沢市
		福井県	福井市
		山梨県	甲府市
		長野県	長野市 松本市 塩尻市の
		岐阜県	大垣市の
		静岡県	浜松市 沼津市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 磐田市 焼津市 掛川市 藤枝市 御殿場市 袋井市の 裾野市 函南町 清水町 長泉町 小山町 川根本町 森町の
	愛知県	豊橋市 一宮市 瀬戸市 半田市 豊川市 蒲郡市 犬山市 常滑市 江南市 小牧市 新城市 東海市 大府市の 知多市 尾張旭市 高浜市 岩倉市 豊明市 日進市 田原市 清須市 長久手市 東郷町 豊山町 大口町の 扶桑町 飛島村 阿久比町 東浦町 幸田町の	
	三重県	名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町の	
	滋賀県	長浜市 野洲市 湖南市 東近江市	
	京都府	城陽市 大山崎町 久御山町の	
	大阪府	岬町 太子町 河南町 千早赤阪村の	
	兵庫県	姫路市 加古川市 三木市 高砂市 稲美町 播磨町の	
	奈良県	天理市 橿原市 桜井市 御所市 香芝市 葛城市 宇陀市 山添村 平群町 三郷町 斑鳩町 安堵町 川西町の 三宅町 田原本町 曽爾村 明日香村 上牧町 王寺町 広陵町 河合町の	
	岡山県	岡山市	
	広島県	東広島市 廿日市市 海田町 坂町の	
	山口県	周南市の	
	香川県	高松市の	
	福岡県	北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市の	
	長崎県	長崎市の	
	その他	すべての都道府県	その他の市区町村

iii 障害福祉サービス

障害福祉サービス事業【居宅介護・重度訪問介護】施設状況票

S-A

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	6	051

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			F A X 番号	03-3438-△△△△				
会計期間 (西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	居宅介護・重度訪問介護事業所かみや												
施設の所在地	〒105-8486 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日 (西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他											
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)					0 無 1 有	0	指定管理者の指定				
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)					0 無 1 有	0	0 無 1 有	0			
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有					全面建替の竣工時期 (西暦)		2010	年	1	月	
建物のうち当該事業に使用している面積	261 m ²												

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

○同じ利用者に複数のサービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。
【例】
Aさんが家事援助を12回、通院等介助(身体介護なし)を12回利用した場合→利用実人数1人

2. 利用状況

営業日数	243 / 365・366日										
営業時間	平日	09	:	00	~	17	:	45			
	土曜日	00	:	00	~	00	:	00			
	祝祭日	00	:	00	~	00	:	00			
報酬区分	居宅介護					重度訪問介護					
	居宅における身体介護	通院等介助(身体介護あり)	家事援助	通院等介助(身体介護なし)	通院等乗降介助	区分1	~	5	区分	6	
延べサービス提供回数	780回	567回	89回	98回	10回					60回	
延べ利用時間	1,234時間	1,212時間	158時間	95時間	5時間					120時間	
年度末(決算月末)における登録者数	居宅介護 50人		重度訪問介護 1人								
年度末(決算月間)における利用実人数	居宅介護 45人		重度訪問介護 1人								

会計期間末月(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
【例】
「居宅介護」と「重度訪問介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○「サービス提供実績記録票」に基づいてサービス内容ごとに記入してください。

○延べサービス提供回数・延べ利用時間の算出方法

(例) Aさんが30分の身体介護を10回利用(従業者1人)
Bさんが60分の身体介護を15回利用(従業者2人※)
→延べサービス提供回数:10+15=25
延べ利用時間:
(30×10)+(60×15×2)=
2,100(分)=35(時間) と計算

※「2人の居宅介護従業者により行った場合」の単位を算定した場合は、利用時間を2倍として計算してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

特定事業所加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	特定事業所加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
特定事業所加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	特別地域加算	0 無 1 有	0	緊急時対応加算	0 無 1 有	0
喀痰吸引等支援体制加算	0 無 1 有	0	移動介護加算(イ)	0 無 1 有	0	移動介護加算(ロ)	0 無 1 有	0
移動介護加算(ハ)	0 無 1 有	1	移動介護加算(ニ)	0 無 1 有	0	移動介護加算(ホ)	0 無 1 有	0
移動介護加算(ヘ)	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	1	福祉専門職員等連携加算	0 無 1 有	0
行動障害支援連携加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。
実費等(1人1ヶ月あたり)÷年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

実費等(1ヶ月あたり)	10,000	円
-------------	--------	---

※1人1月あたりの実費を記入してください。

5. 従事者の状況

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	従 業 者	8.8	5.7		14.5
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	0.5			0.5	そ の 他				14.5
					合 計	10.3	5.7	0.0	16.0

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【同行援護・行動援護】 施設状況票

S-B

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	6	052

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「同行援護」と「行動援護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

” 本体施設 ” と ” サテライト施設 ” が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（生活介護等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			F A X 番号	03-3438-△△△△				
会計期間 (西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	同行援護・行動援護事業所かみや												
施設の所在地	〒105-8486		東京都港区虎ノ門4-3-13										
施設の開設年月日 (西暦)	2000	年	1	月	1	日							
この施設状況票の作成対象	1 本体事業 2 サテライト事業 3 本体事業(サテライト含む)												
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	3	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)					0 無 1 有	0	指定管理者の指定				
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)					0 無 1 有	0	0 無 1 有	0			
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有					全面建替の竣工時期 (西暦)		2010	年	1	月	
建物のうち当該事業に使用している面積	180 m ²												

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

営業日数	240 / 365-366日			
延べサービス提供回数	同行援護	行動援護		
	身体介護を伴う	身体介護を伴わない		
	60 回	回	60 回	
年度末(決算月間)における利用実人数	同行援護	2 人	行動援護	3 人

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べサービス提供回数の算出方法
(例) Aさんが30回利用
Bさんが20回利用
→30+20=50 と計算。

○会計期間末月（この事例では3月の1ヶ月分）の利用実人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

特別事業所加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	特別事業所加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	特別事業所加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
特別事業所加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	特別地域加算	0 無 1 有	0	緊急時対応加算	0 無 1 有	1
喀痰吸引等支援体制加算	0 無 1 有	0	利用者負担額上限管理加算	0 無 1 有	1	行動障害支援指導連携加算	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

実費等(1ヶ月あたり)	700	円
-------------	-----	---

5. 従事者の状況

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	委託職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	委託職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
管 理 者	1.0			1.0	従 業 者	0.4	2.0		2.4
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	0.6			0.6	そ の 他				2.4
					合 計	2.0	2.0	0.0	4.0

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【療養介護】施設状況票

S-C

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	053

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			F A X 番号	03-3438-△△△△							
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日			
施設名	療養介護事業所かみや															
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13															
施設の開設年月日(西暦)	2000 年 1 月 1 日															
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他															
土地所有の状況	3	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他	(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指	定	管	理	者	の	指	定
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他	(公設を含む)	0 無 1 有	0	0	無	1 有	0				
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期			(西暦)	2010	年	1	月					
建物のうち当該事業に使用している面積	1,380 m ²															

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○会計期間末月(この事例では3月1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

○同じ利用者に複数回のサービスを提供しても利用実人数は1人と記入してください。
【例】
Aさんが20回、Bさんが15回利用した場合⇒利用実人数2人

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(0 無の場合は未記入)	変	更	時	期	2017	年	10	月	
定員当初	55 人	変	更	60 人							
延べ利用者数	(I)	(II)	(III)	(IV)	(V)						
	20,876 人	人	人	人	人	人					
年度末(決算月間)における利用実人数	60 人										

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

地域移行加算	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(I)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(II)	0 無 1 有	0
福祉専門職員配置等加算(III)	0 無 1 有	0	人員配置体制加算(I)	0 無 1 有	0	人員配置体制加算(II)	0 無 1 有	0
障害福祉サービスの体験利用支援加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

実費等(1ヶ月あたり)	9,000円
-------------	--------

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。
 実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.8			0.8	生活支援員	12.5	2.0		14.5
サービス管理責任者	0.5			0.5	栄養士	1.0			1.0
医師	1.0	2.5		3.5	調理員	5.0	1.3		6.3
看護師等	16.5	1.8		18.3	その他	3.0	3.5		6.5
					合計	40.3	11.1	0.0	51.4

嘱託医については記入しないでください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【生活介護】 施設状況票

S-D

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	054

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(障害者入所支援施設等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	生活介護事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	①	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他											
土地所有の状況	3	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)		0 無 1 有	0	指定管理者の指定							
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)		0 無 1 有	0	0 無 1 有		0					
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有		全面建替の竣工時期		(西暦)		2010		年		1	月
建物のうち当該事業に使用している面積	246 m ²												

2. 利用状況

営業日数	260 / 365-366日							
営業時間	平日	09	:	00	~	17	:	00
	土曜日	09	:	00	~	17	:	00
	祝祭日	00	:	00	~	00	:	00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(0 無の場合には未記入)		変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	---	--------------------------	--	----------	------	---	----	---

定員	当初	変更
	25	18

報酬区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	その他	計
延べ利用者数				150	350	3,555		4,055
うち施設等入所者				120	350	3,035		3,505

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービスの施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

利用者1人1ヶ月平均工賃	5,000	円
--------------	-------	---

会計期間末月（この事例では3月末）の登録者数を記入してください。

年度末（決算月末）における登録者数	28
-------------------	----

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

人員配置体制加算(I)	0 無 1 有	1	人員配置体制加算(II)	0 無 1 有	0	人員配置体制加算(III)	0 無 1 有	0
福祉専門職員配置等加算(I)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(II)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(III)	0 無 1 有	0
常勤看護職員等配置加算	0 無 1 有	0	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算1時間未満	0 無 1 有	0
訪問支援特別加算1時間以上	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	1	リハビリテーション加算	0 無 1 有	0
利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0	食事提供体制加算	0 無 1 有	1	延長支援加算1時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算1時間以上	0 無 1 有	0	送迎加算(I)	0 無 1 有	1	送迎加算(II)	0 無 1 有	0
障害福祉サービスの体感利用支援加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】

・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費（1日あたり）	350	円	実費等（1ヶ月あたり）	200	円
-----------	-----	---	-------------	-----	---

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	理学療法士				0.0
サービス管理責任者	0.5			0.5	作業療法士				0.0
医師		0.2		0.2	栄養士		0.1		0.1
看護師等	1.0			1.0	調理員		0.4		0.4
生活支援員	6.3	5.3		11.6	その他		0.5		0.4
					合計	8.3	6.5	0.0	14.8

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

嘱託医については記入しないでください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務（労務委託）	0 無 1 有	0	給食業務（全面委託）	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【自立訓練・宿泊型自立訓練】施設状況票

S-E

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	055

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公用地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービスの施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	自立訓練・宿泊型自立訓練施設かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	①	①1級地	②2級地	③3級地	④4級地	⑤5級地	⑥6級地	⑦その他					
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公用地を含む)	0 無	1 有	0	0	指定管理者の指定			
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無	1 有	0	0	0	0	無	
建物の全面建替状況	0	無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	600	㎡											

2. 利用状況

営業日数	260 / 365-366日	
営業時間	平日	07 : 00 ~ 22 : 00
	土曜日	07 : 00 ~ 22 : 00
	祝祭日	07 : 00 ~ 22 : 00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(変更時期)	2017	年	10	月
定員	機能訓練(通所)	生活訓練(通所)	宿泊型			
	当初	変更	当初	変更	当初	変更
			20	20	18	20

延べ利用者数	機能訓練(通所)	生活訓練(通所)	宿泊型
	5,200	5,200	6,901
うち施設等入所者	5,200		
うち標準利用期間を超える者			365

年度末(決算月末)における登録者数 20

会計期間末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年数を記入してください。

記入が必要

○「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
機能訓練なし、生活訓練(通所)20人・宿泊型18人から、宿泊型のみ20人に変更となった場合:
「生活訓練(通所)」当初:20人、変更:20人
「宿泊型」当初:18人、変更:20人

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。
【例】
「自立訓練」と「宿泊型自立訓練」で決算区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。
 【例】
 ・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数
 ・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	0	リハビリテーション加算	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	短期滞在加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	短期滞在加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
精神障害者退院支援施設加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	精神障害者退院支援施設加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0
食事提供体制加算(機能訓練)	0 無 1 有	0	食事提供体制加算(Ⅰ)(生活訓練)	0 無 1 有	1	食事提供体制加算(Ⅱ)(生活訓練)	0 無 1 有	0
送迎加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	送迎加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	看護職員配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
看護職員配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	障害福祉サービスの体験利用支援加算	0 無 1 有	0	地域移行支援体制強化加算	0 無 1 有	1
日中支援加算	0 無 1 有	0	通勤者生活支援加算	0 無 1 有	0	入院時支援特別加算	0 無 1 有	1
帰宅時支援加算	0 無 1 有	0	長期入院時支援特別加算	0 無 1 有	0	長期帰宅時支援加算	0 無 1 有	0
地域移行加算	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算	0 無 1 有	0	夜間支援等体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
夜間支援等体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	夜間支援等体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0						

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,000	円	実費等(1ヶ月あたり)	8,000	円
(宿泊型自立訓練の利用状況は以下に記入してください)					
食費(1日あたり)	800	円			
光熱水費(1ヶ月あたり)	5,500	円	日用品費(1ヶ月あたり)	2,450	円
			家賃(1ヶ月あたり)	15,000	円

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委任職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委任職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	生活支援員	5.3	0.5		5.8
サービス管理責任者	0.5			0.5	地域移行支援員	1.2			1.2
看護師等				0.0	栄養士				0.0
理学療法士				0.0	調理員				0.0
作業療法士				0.0	その他				0.0
					合計	7.5	0.5	0.0	8.0

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【就労移行支援】 施設状況票

S-F

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	056

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○「就労移行支援(養成)」には、あん摩マッサージ指圧師等学校・養成施設である「認定指定就労移行支援事業所」の延べ利用者数を記入してください。

○「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービスの施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	就労継続支援事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000			年	1	月	1	日					
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1法人所有	2借地	3一部借地	4その他(公有地を含む)	0無1有	0	0	指定管理者の指定				
建物所有の状況	3	1法人所有	2賃借	3一部賃借	4その他(公設を含む)	0無1有	0	0	0	0	0		
建物の全面建替状況	1	0無	1有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	120㎡												

2. 利用状況

営業日数	250 / 365-366日							
営業時間	平日	09	:	00	~	16	:	00
	土曜日	00	:	00	~	00	:	00
	祝祭日	00	:	00	~	00	:	00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「→」を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	---	---------------------------	----------	------	---	----	---

定員		すべての認可定員の欄に記入	
当初	変更	当初	変更
就労移行支援	12	15	12
就労移行支援(養成)	5	5	5

○「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。
【記入例】
就労移行支援12人から15人、就労移行支援(養成)5人で変更なしの場合:

延べ利用者数	
就労移行支援	3,350
就労移行支援(養成)	763
うち施設等入所者	

※年度内における退所者の状況について、次の退所理由別に人数を記入してください。				
合計	うち就職	うち同法人内の他の障害福祉サービスを利用	うち他法人の障害福祉サービスを利用	その他
4	2		1	1

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「就労移行支援」と「就労移行支援(養成)」で決算区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、該当欄で「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

記入が必要

○「うち就職」欄には、直接雇用された人数を、雇用形態(正社員、パート、アルバイト)にかかわらず記入してください。

○派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「うち就職」に含みません。

会計期間末（この事例では3月末）の登録者数を記入してください。

年度末（決算月末）における登録者数 15

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
就労支援関係研修終了加算	0 無 1 有	0	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(イ)	0 無 1 有	0
訪問支援特別加算(ロ)	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	1	就労定着支援体制加算(イ) 定着率 5%以上15%未満	0 無 1 有	0
就労定着支援体制加算(イ) 定着率 15%以上25%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(イ) 定着率 25%以上35%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(イ) 定着率 35%以上45%未満	0 無 1 有	0
就労定着支援体制加算(イ) 定着率 45%以上	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ロ) 定着率 5%以上15%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ロ) 定着率 15%以上25%未満	0 無 1 有	0
就労定着支援体制加算(ロ) 定着率 25%以上35%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ロ) 定着率 35%以上45%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ロ) 定着率 45%以上	0 無 1 有	0
就労定着支援体制加算(ハ) 定着率 5%以上15%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ハ) 定着率 15%以上25%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ハ) 定着率 25%以上35%未満	0 無 1 有	0
就労定着支援体制加算(ハ) 定着率 35%以上45%未満	0 無 1 有	0	就労定着支援体制加算(ハ) 定着率 45%以上	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
精神障害者退院支援施設加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	精神障害者退院支援施設加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0
食事提供体制加算	0 無 1 有	0	移行準備支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	移行準備支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
送迎加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	送迎加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	障害福祉サービスの体験利用支援加算	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費（1日あたり）	800	円	実費等（1ヶ月あたり）	600	円
-----------	-----	---	-------------	-----	---

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.3				作業療法士				0.0
サービス管理責任者	0.5				就労支援員	1.0			1.0
看護師等					栄養士				0.0
生活支援員	2.5				調理員				0.0
職業指導員	1.0	0.5			その他		0.2		0.2
理学療法士					合計	5.3	0.7	0.0	6.0

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【就労継続支援A型】施設状況票

S-G ①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	057

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「就労継続支援A型」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○「(うち就職)」欄には、企業等に直接雇用された実人数を、雇用形態(正社員、パート、アルバイト等)にかかわらず記入してください。

○派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「(うち就職)」に含めないでください。

○就労継続支援事業B型への移行については「(うち就職)」に含めないでください。

○「合計」には就職以外の理由での退所も含めた実人数を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	就労継続支援事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000 年 1 月 1 日												
地域区分	①	①1級地	②2級地	③3級地	④4級地	⑤5級地	⑥6級地	⑦その他					
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	0	指定管理者の指定		0 無 1 有	0	
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0	0 無 1 有	0	0	0	
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	518 m ²												

営業日数	248 / 365・366日							
営業時間	平日	08	:	30	~	16	:	00
	土曜日	08	:	30	~	16	:	00
	祝祭日	00	:	00	~	00	:	00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	---	-------------------------	----------	------	---	----	---

定員	延べ利用者数		
当初変更	25	20	4,464

会計期間末(この事例では12月末)の登録者数を記入してください。

年度末(決算月末)における登録者数	35
-------------------	----

利用者1人1ヶ月平均賃金	55,500	円
--------------	--------	---

年度内における退所者数	合計	(うち就職)
	2	1

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	重度者支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	重度者支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
訪問支援特別加算(1)	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(2)	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	0
就労移行支援体制加算	0 無 1 有	0	施設外就労加算	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0	食事提供体制加算	0 無 1 有	1	送迎加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
送迎加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	障害福祉サービスの体験利用支援加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0						

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、平均を記入してください。
 【【例】】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日
 ※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	600	円	実費等(1ヶ月あたり)	250	円
-----------	-----	---	-------------	-----	---

「5. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.3			0.3	作業療法士				0.0
サービス管理責任者	0.5			0.5	就労支援員				0.0
看護師等				0.0	栄養士				0.0
生活支援員	2.0			2.0	調理員	2.0			2.0
職業指導員	3.5	0.5		4.0	その他	0.2			0.2
理学療法士				0.0	合計	8.5	0.5	0.0	9.0

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【就労継続支援B型】施設状況票

S-G ②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	057

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○「うち施設等入所者」には、自法人の運営する障害福祉サービスの施設(施設入所支援・共同生活援助等)に居住している利用者を記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	B型就労継続支援事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日												
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部賃借	4 その他(公有地を含む)	0 無	1 有	0	0	指定管理者の指定			
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無	1 有	0	0	0 無	1 有	0	
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	250 m ²												

2. 利用状況

営業日数	248 / 365-366日							
営業時間	平日	09	:	00	~	17	:	00
	土曜日	00	:	00	~	00	:	00
	祝祭日	00	:	00	~	00	:	00

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に1を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	---	-------------------------	----------	------	---	----	---

定員	当初	変更	延べ利用者数(合計)	7,456
B型	30	34		
うち施設等入所者				7,230

利用者1人1ヶ月平均工賃	11,000	円
--------------	--------	---

年度内における退所者数	合計	うち就職
	2	1

会計期間末(決算月末)における登録者数	35
---------------------	----

会計期間末(この事例では3月末)の登録者数を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「就労継続支援B型」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○「(うち就職)」欄には、企業等に直接雇用された実人数を、雇用形態(正社員、パート、アルバイト等)にかかわらず記入してください。

○派遣会社への登録および派遣会社からの派遣は「(うち就職)」に含めないでください。

○就労継続支援事業A型への移行については「(うち就職)」に含めないでください。

○「合計」には就職以外の理由での退所も含めた実人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	重度者支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	重度者支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1
訪問支援特別加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	1
就労移行支援体制加算	0 無 1 有	0	目標工賃達成加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	目標工賃達成加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
目標工賃達成加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	目標工賃達成指導員配置加算	0 無 1 有	0	施設外就労加算	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0	食事提供体制加算	0 無 1 有	0
送迎加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	送迎加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	障害福祉サービスの体験利用支援加算	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0			

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	250	円	実費等(1ヶ月あたり)	250	円
-----------	-----	---	-------------	-----	---

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】

- ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
- ・実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.3			0.3	作業療法士				0.0
サービス管理責任者	0.5			0.5	就労支援員				0.0
看護師等				0.0	栄養士				0.0
生活支援員	1.7	2.5		4.2	調理員				0.0
職業指導員	2.0	1.2		3.2	その他	0.2	0.5		0.7
理学療法士				0.0	合計	4.7	4.2	0.0	8.9

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【計画相談支援・地域移行支援・地域定着支援】施設状況票

S-H

顧客コード	拠点コード	施設番号
12345	5	058

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3738-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	相談支援事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無	1 有	0	1 有	0	指定管理者の指定		
建物所有の状況	2	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無	1 有	0	1 有	0	指定		
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	18	m ²	併設の状況		0 併設なし	1 併設有り			1				

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「計画相談支援」「地域移行支援」「地域定着支援」にサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

営業日数	248 / 365-366日
一般相談窓口の有無	0 無 1 有

報酬区分	計画相談支援	地域移行支援	地域定着支援
利用実人数	789		
延べ相談件数	2,103		

事務所内に福祉サービス全般にかかる相談窓口を設置している場合「1 有」を選択してください。

会計期間内の利用実人数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0	特定事業所加算	0 無 1 有	1	集中支援加算	0 無 1 有	0
退院・退所月加算	0 無 1 有	0	障害福祉サービスの体験利用加算	0 無 1 有	0	体験宿泊加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
体験宿泊加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	特別地域加算	0 無 1 有	0			

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○利用実人数・延べ相談件数の算出方法
(例) Eさんがサービス利用支援で2回、継続サービス利用支援で2回利用、Fさんがサービス利用支援1回利用
→利用実人数: 1+1=2
延べ相談件数: 1+2+1=4 と計算。

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.1			0.1	その他	2.4	0.6	0.0	3.0
相談支援専門員	2.9	1.7		4.6	合計	5.4	2.3	0.0	7.7

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

障害福祉サービス事業【共同生活援助】施設状況票

S-I

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	059

「本体施設」と「サテライト施設」が同じサービス区分の場合は、「3. 本体施設（サテライト含む）」を選択し、この施設状況票には「本体施設」と「サテライト施設」を合計した内容を記入してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公有地を含む）」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「（公設を含む）」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（生活介護等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
介護サービス包括型2人から0人に変更、外部サービス利用型11人で変更となった場合：
「介護サービス包括型」当初：2人、変更：0人
「外部サービス利用型」当初：11人、変更：11人

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	グループホームかみや				
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日				
この施設状況票の作成対象	1 本体事業 2 サテライト事業 3 本体事業(サテライト含む)				
住居箇所数	2ヶ所	サテライト型住居箇所数	0ヶ所		
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他				
土地所有の状況	3	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指定管理者の指定
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有	全面建替の竣工時期(西暦)	2010年1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	112㎡				

2. 利用状況

職員配置	1	1. 4:1 2. 5:1 3. 6:1 4. 10:1						
年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「-」を記入(変更時期) 2017年10月 0 無の場合には未記入						
定員	当初変更	2 0						
介護サービス包括型	当初変更	2 0						
外部サービス利用型	当初変更	11 11						
報酬区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	その他	計
延べ利用者数			2,920	1,460				4,380
新規利用者の利用開始前の状況	在宅	入所施設	グループホーム	病院	その他	計		
	2			1	1			

※会計期間末時点で在籍している利用者のうち、当会計期間内に新しく利用を開始した利用者の利用開始前の状況を記載してください。

記載にない新規利用者はすべて「その他」に記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「共同生活援助」が同一経営単位で複数あって、サービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択してください。

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	夜間支援体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	夜間支援体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
夜間支援体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1	重度障害者支援加算	0 無 1 有	0	日中支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
日中支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	自立生活支援加算	0 無 1 有	1	入院時支援特別加算	0 無 1 有	1
帰宅時支援加算	0 無 1 有	0	長期入院時支援特別加算	0 無 1 有	1	長期帰宅時支援加算	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算	0 無 1 有	0
通勤者生活支援加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	1	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネプライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	洗腸	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・光熱水費(1ヶ月あたり) = 年間の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(生活介護等)と兼務している職員がいる場合、職員数の按分を行う必要があります。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	800	円			
光熱水費(1ヶ月あたり)	5,000	円	日用品費(1ヶ月あたり)	2,000	円
			家賃(1ヶ月あたり)	45,000	円

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員			合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	非常勤職員			合計 (a)+(b)+(c)
	(a)	(b)	(c)			(a)	(b)	(c)	
管理者	0.5			0.5	世話人	1.3	1.5		2.8
サービス管理責任者	0.3			0.3	宿直	2.0	3.4		5.4
生活支援員	1.2	1.2		2.4	その他	0.6			0.6
					合計	5.9	6.1	0.0	12.0

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【福祉型障害児入所施設】施設状況票

S-J①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	060

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合は、直近の定員変更数を記入してください。

○会計期間末(この事例では3月の末日)の利用者を年齢構成別に記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	障害児入所施設かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000		年	1	月	1	日						
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無	1 有	0	指定管理者の指定				
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無	1 有	0	0 無	1 有	0		
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2010		年	1	月			
建物のうち当該事業に使用している面積	1,650 m ²												

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	5	月
----------------	---	-------------------------	----------	------	---	---	---

定員	
当初変更	30 20

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

	知的障害児	自閉症児	盲児	ろうあ児	肢体不自由児	その他	計
計	3,900	1,500					5,400
重度障害児	1,246	510					1,756
重度重複	1,357						1,357
強度行動障害							0
幼児		520					520
その他	1,297	470					1,767

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○記載された項目に該当しない利用者は「その他」に記入してください。

年度末(決算月末)における利用者の年齢構成	10歳未満	2	10代	9	20代	2	30代	4
	40代	1	50代		60代以上			

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達管理責任者専任加算	0 無 1 有	1	重度障害児支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	重度障害児支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
重度障害児支援加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	重度障害児支援加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	重度障害児支援加算(Ⅴ)	0 無 1 有	0
重度障害児支援加算(Ⅵ)	0 無 1 有	0	重度障害児支援加算(Ⅶ)	0 無 1 有	0	重度重複障害児加算	0 無 1 有	0
強度行動障害児特別支援加算	0 無 1 有	0	幼児加算	0 無 1 有	0	入院・外泊時加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
入院・外泊時加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	自活訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	自活訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
入院時特別支援加算(イ)	0 無 1 有	0	入院時特別支援加算(ロ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1	栄養士配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1
栄養士配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	栄養マネジメント加算	0 無 1 有	0	小規模グループケア加算	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0	地域移行加算	0 無 1 有	0

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	1	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	洗腸	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,200	円
光熱水費(1ヶ月あたり)	10,000	円
日用品費(1ヶ月あたり)	2,000	円
家賃(1ヶ月あたり)	12,000	円

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	1.0			1.0	心理指導担当職員				0.0
児童発達支援管理責任者	0.3	0.7		1.0	職業指導員	0.5	0.5		1.0
医師		0.3		0.3	宿直				0.0
看護師等	2.0	2.5		4.5	栄養士	1.0			1.0
児童指導員		1.2		1.2	調理員	2.0			2.0
保育士	4.5	0.5		5.0	その他				0.0
					合計	11.3	5.7	0.0	17.0

宿直業務のみに従事している職員の数を入力してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【施設入所支援】 施設状況票

S-J ②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	061

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

会計期間末末日(この事例では3月の末日)の利用者数を年齢構成別に記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	障害者入所施設かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)						0 無 1 有	0	指定管理者の指定			
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)						0 無 1 有	0	0 無 1 有			
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有						全面建替の竣工時期(西暦)		2010 年 1 月			
建物のうち当該事業に使用している面積	1,234 m ²												

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1 有の場合に→を記入 (0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	-----------------------------	----------	------	---	----	---

定員	
当初	30
変更	28

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	その他	計
延べ利用者数	0	0	750	3,050	3,500	3,200		10,500
うち重度障害者支援加算の対象者								10,500

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

年度末(決算月末)における利用者の年齢構成	10歳未満	10代	20代	30代	40代	50代	60代以上
		5		10		3	2

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

入院・外泊加算(I)	0 無 1 有	1	入院・外泊加算(II)	0 無 1 有	0	入院時特別支援加算(I)	0 無 1 有	0
栄養マネジメント加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(I)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(II)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(III)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(IV)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0
夜勤職員配置体制加算	0 無 1 有	0	夜間看護体制加算	0 無 1 有	0	重度障害者支援加算(I)	0 無 1 有	0
重度障害者支援加算(II)	0 無 1 有	0	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	0 無 1 有	0	入所時特別支援加算	0 無 1 有	0
地域移行加算	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算(I)	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算(II)	0 無 1 有	0
経口移行加算	0 無 1 有	0	経口維持加算(I)	0 無 1 有	0	経口維持加算(II)	0 無 1 有	0
療養食加算	0 無 1 有	0						

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度に実施した医療的ケアについて、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	1	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	洗腸	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,200	円			
光熱水費(1ヶ月あたり)	1,000	円	日用品費(1ヶ月あたり)	2,000	円
			家賃(1ヶ月あたり)	12,000	円

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP20の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	作業療法士				0.0
サービス管理責任者	0.5			0.5	相談支援専門員				0.0
医師				0.0	訪問支援員				0.0
看護師等	1.0	2.5		3.5	宿直				0.0
生活支援員	9.7	1.8		11.5	栄養士	1.0			1.0
職業指導員				0.0	調理員	4.0			4.0
就労支援員				0.0	その他		1.7		1.7
機能訓練指導員				0.0	合計	16.7	6.0	0.0	22.7
理学療法士				0.0					

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

嘱託医については記入しないでください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【短期入所施設(福祉型・医療型)】施設状況票

S-K

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	062

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
成人の定員のみ変更で5人から2人となった場合
児童：当初2人、変更2人
成人：当初5人、変更2人

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間(西暦)	2017年4月1日	～	2018年3月31日		
施設名	短期入所事業所かみや				
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13				
施設の開設年月日(西暦)	2000年1月1日				
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他				
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指定管理者の指定
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替の竣工時期(西暦)	2010年1月	
建物のうち当該事業に使用している面積	700㎡	事業所種別	1 福祉型 2 医療型 2		
設置形態	1 単独型 2 併設型 3 空床利用型 2				

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に「-」を記入(変更に無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017年10月1日	
児童	2	2	2	2	2
成人	5	5	5	5	5

※空床利用型の場合、定員の記入は不要です。

報酬区分	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	計
児童	80	100	25				205
日中サービス実施							0
短期入所のみ	80	100	25				205
成人			80	100	25	10	215
日中サービス実施			80	100	25	10	215
短期入所のみ							0
児童・成人計							420

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

記入が必要

○この施設状況表に記載された決算区分についてののみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

○「短期入所のみ」には、短期入所単独事業所の延べ利用者数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

短期利用加算	0 無 1 有	1	重度障害者支援加算	0 無 1 有	0	単独型加算	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	栄養士配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	栄養士配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0	食事提供体制加算	0 無 1 有	0	緊急短期入所体制確保加算	0 無 1 有	0
緊急短期入所受入加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	緊急短期入所受入加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	特別重度支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
特別重度支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	送迎加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0						

「4. 医療的ケアの実施状況」記入にあたって
 ○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 医療的ケアの実施状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

血糖測定・インスリン注射	0 無 1 有	0	静脈内注射(点滴を含む)	0 無 1 有	0	中心静脈栄養の管理	0 無 1 有	0
透析の管理	0 無 1 有	0	ストーマ(人工肛門・人工膀胱)の管理	0 無 1 有	0	酸素療法	0 無 1 有	0
レスピレーター(人工呼吸器)の管理	0 無 1 有	0	気管切開のケア	0 無 1 有	0	疼痛の管理	0 無 1 有	0
疼痛の管理(麻薬を用いるもの)	0 無 1 有	0	経管栄養(胃ろう・腸ろうを含む)	0 無 1 有	0	モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等)	0 無 1 有	0
褥瘡の処置	0 無 1 有	0	カテーテルの管理	0 無 1 有	0	喀痰吸引	0 無 1 有	0
ネブライザー	0 無 1 有	0	創傷処置(褥瘡を除く)	0 無 1 有	0	服薬管理(注射を除く)	0 無 1 有	1
認知症に関する専門的ケア	0 無 1 有	0	排便	0 無 1 有	0	洗滌	0 無 1 有	0
一時的導尿	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0			

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 障害福祉サービス費以外の費用負担について

食費(1日あたり)	1,200	円						
光熱水費(1ヶ月あたり)	2,100	円	日用品費(1ヶ月あたり)	2,000	円	家賃(1ヶ月あたり)	25,000	円

6. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	就労支援員				0.0
サービス管理責任者				0.0	機能訓練指導員				0.0
児童発達支援管理責任者				0.0	理学療法士				0.0
医師				0.0	作業療法士				0.0
看護師等				0.0	相談支援専門員				0.0
生活支援員	1.0	4.3		5.3	訪問支援員				0.0
児童指導員				0.0	宿直			1	0.0
保育士				0.0	栄養士				0.0
心理指導担当職員				0.0	調理員				0.0
職業指導員				0.0	その他				0.0
					合計	1.5	4.3	0.0	5.8

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	1	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。
 ○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。
 ○定められていない場合には、平均を記入してください。
 【例】
 ・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数
 ・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【医療型障害児入所施設】施設状況票

S-L

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	063

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○会計期間末末日(この事例では3月の末日)の利用者数を年齢構成別に記入してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	医療型障害児短期入所施設かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000		年	1	月	1	日						
地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無1 有	0	0	指定管理者の指定					
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無1 有	0	0	0	0			
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)		2010		年	1	月			
建物のうち当該事業に使用している面積	800	m ²	施設形態		1 医療型障害児入所施設 2 指定発達支援医療機関 3 その他		1						

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に→を記入(変更時期)	2017	年	11	月
----------------	---	-------------------	------	---	----	---

定員	
当初変更	3 5

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

延べ利用者数	報酬区分	自閉症児	肢体不自由児	重症心身障害児	その他	計
	重			1,825		1,825
	うち 有期有目的利用			680		680

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

年度末(決算月末)における利用者の年齢構成	10歳未満	3	10代	2	20代		30代	
	40代		50代		60代以上			

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達管理責任者専任加算	0 無 1 有	0	重度障害児支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	重度障害児支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
重度障害児支援加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	重度重複障害児加算	0 無 1 有	0	乳幼児加算	0 無 1 有	0
心理担当職員配置加算	0 無 1 有	0	自活訓練加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	自活訓練加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置等加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
地球移行加算	0 無 1 有	0	小規模グループケア加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0	夜勤職員配置体制加算	0 無 1 有	0	重度障害者支援加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
重度障害者支援加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	夜勤看護体制加算	0 無 1 有	0	入所時特別支援加算	0 無 1 有	0
入院・外泊時加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	入院・外泊時加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	地域生活移行個別支援特別加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
地域生活移行個別支援特別加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	栄養マネジメント加算	0 無 1 有	0	経口維持加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
経口維持加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	療養食加算	0 無 1 有	0			

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】

・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・光熱水費(1ヶ月あたり) = 会計期間内の光熱水費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,500	円		
光熱水費(1ヶ月あたり)	1,200	円	日用品費(1ヶ月あたり)	10,000
				円

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	機能訓練指導員				0.0
サービス管理責任者	0.5			0.5	理学療法士				0.0
児童発達支援管理責任者	1.0			1.0	作業療法士				0.0
医師	0.3	0.7		1.0	相談支援専門員				0.0
看護師等	1.7	0.8		2.5	訪問支援員				0.0
生活支援員	0.5			0.5	宿直				0.0
児童指導員	1.0			1.0	栄養士	0.5			0.5
保育士	0.5			0.5	調理員	1.0			1.0
心理指導担当職員				0.0	その他				0.0
職業指導員				0.0	合計	7.5	1.5	0.0	9.0

宿直業務のみに従事している職員の数を記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【児童発達支援】施設状況票

S-M

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	066

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	児童発達支援センターかみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000 年 1 月 1 日												
地域区分	① ①級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)				0 無 1 有	0	指定管理者の指定					
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)				0 無 1 有	0	0 無 1 有					
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有		全面建替の竣工時期		(西暦)	2010		年	1 月			
建物のうち当該事業に使用している面積	456 m ²												

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 ○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 ○延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

会計期間末月(この事例では3月の1ヶ月分)の利用実人数を記入してください。

2. 利用状況

営業日数	260 / 365-366日													
営業時間	平日	09 : 00 ~		16 : 00										
	土曜日	09 : 00 ~		16 : 00										
	祝祭日	09 : 00 ~		16 : 00										
年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に一を記入(0 無の場合には未記入)				変更時期(西暦)	2017		年	10 月				
定員当	児童発達支援センター	初変		更		児童発達支援センター以外	初変		更					
		20		18										
報酬区分	児童発達支援センター						児童発達支援センター以外							
	障害児			聴覚障害児			重症心身障害児			障害児			重症心身障害児	
延べ利用者数	4,510													
年度末(決算月末)における利用契約者数	22													
年度末(決算月間)における利用実人数	18													

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 ○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 ○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○当該施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
 ※認可申請書、変更届等を参照してください。
 ○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。
 ○共有部分については、按分して記入してください。
 ※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 ○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 ○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

会計期間末(この事例では3月末)の利用契約者数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達支援管理責任者専任加算	0 無 1 有	1	人工内耳装用児支援加算	0 無 1 有	0	指導員加配加算(イ)	0 無 1 有	0
指導員加配加算(ロ)	0 無 1 有	0	家庭連携加算(イ)	0 無 1 有	0	家庭連携加算(ロ)	0 無 1 有	0
事業所内相談支援加算	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(イ)	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(ロ)	0 無 1 有	0
食事提供加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	食事提供加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	1
福祉専門職員等配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員等配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員等配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
栄養士配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	栄養士配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	欠席時対応加算	0 無 1 有	1
特別支援加算	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	送迎加算(イ)	0 無 1 有	0
送迎加算(ロ)	0 無 1 有	0	延長支援加算(イ) 1時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(イ) 2時間以上	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 1時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(ロ) 2時間以上	0 無 1 有	0	関係機関連携加算	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0						

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。

【例】

・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日

※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費（1日あたり）	1,200	円	実費等（1ヶ月あたり）	10,500	円
-----------	-------	---	-------------	--------	---

5. 従事者の状況

主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	委託職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)	主 な 職 種 の 内 訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の常勤換算 (b)	委託職員等の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+(c)
管 理 者	0.5			0.5	機 能 訓 練 担 当 職 員				0.0
児 童 発 達 支 援 管 理 責 任 者	1.0			1.0	言 語 聴 覚 士				0.0
医 師	0.3	0.5		0.8	栄 養 士				0.0
看 護 師 等				0.0	調 理 員				0.0
(児 童) 指 導 員	5.3	1.6		6.9	そ の 他				0.0
保 育 士	1.3	0.7		2.0	合 計	8.4	2.8	0.0	11.2

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

障害福祉サービス事業【医療型児童発達支援】施設状況票

S-N

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	067

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

記入が必要

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	医療型児童発達支援センターかみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000 年 1 月 1 日												
地域区分	① ①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他(公有地を含む)						0 無 1 有	0	指定管理者の指定			
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他(公設を含む)						0 無 1 有	0	0 無 1 有			
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有						全面建替の竣工時期	(西暦) 2010 年 1 月				
建物のうち当該事業に使用している面積	2,220 m ²												

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託を受けて事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

行政からの委託を受けてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1有」の場合、すべての認可定員の欄に記入してください。

【例】
医療型児童発達支援センター10人・指定発達支援医療機関25人が20人に変更となった場合：
「医療型児童発達支援センター」当初：10人、変更なし10人
「指定発達支援医療機関」当初：25人、変更：20人

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○延べ利用者数の算出方法
(例) Cさんが100日利用
Dさんが150日利用
→ 100+150=250 と計算。

2. 利用状況

営業日数	240 / 365・366日														
営業時間	平日	08 : 30 ~ 17 : 00													
	土曜日	00 : 00 ~ 00 : 00													
	祝祭日	00 : 00 ~ 00 : 00													
年度内における定員変更の有無	1 1有の場合に→を記入(0無の場合に未記入)														
定員	変更時期(西暦) 2017 年 10 月														
	医療型児童発達支援センター	指定発達支援医療機関	すべての認可定員の欄に記入												
当	初	変	更	当	初	変	更	当	初	変	更	当	初	変	更
10	10	25	20	10	10	25	20	10	10	25	20	10	10	25	20

報酬区分	医療型児童発達支援センター-指定発達支援医療機関											
	障害児						障害児重症心身障害児					
延べ利用者数	783						3,200					

会計期間末月（この事例では3月の1ヶ月分）の利用実人数を記入してください。

年度末(決算月末)における利用契約者数	8
年度末(決算月間)における利用実人数	18

会計期間末（この事例では3月末）の利用契約者数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達支援管理責任者専任加算	0 無 1 有	1	家庭連携加算(イ)	0 無 1 有	0	家庭連携加算(ロ)	0 無 1 有	0
事業所内相談支援加算	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(イ)	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(ロ)	0 無 1 有	0
食事提供加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	食事提供加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	1
福祉専門職員配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉専門職員配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
欠席時対応加算	0 無 1 有	1	特別支援加算	0 無 1 有	0	送迎加算	0 無 1 有	0
保育職員加配加算	0 無 1 有	1	延長支援加算(イ) 1時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(イ) 2時間以上	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 1時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(ロ) 2時間以上	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

食費(1日あたり)	1,000	円	実費等(1ヶ月あたり)	450	円
-----------	-------	---	-------------	-----	---

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。

【例】

・食費(1日あたり) = 会計期間内の食費合計 ÷ 年間延べ利用者数

・実費等(1ヶ月あたり) = 年間の実費合計 ÷ 年間延べ利用者数 × 30日

※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

嘱託医については記入しないでください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者				0.0	機能訓練担当職員				0.0
児童発達支援管理責任者	1.0			1.0	理学療法士	1.3	0.2		1.5
医師	0.6	0.2		0.8	作業療法士	0.6	0.3		0.9
看護師等	0.7	2.6		3.3	栄養士				0.0
児童指導員	1.0			1.0	調理員				0.0
保育士	3.2	1.2		4.4	その他				0.0
					合計	8.4	4.5	0.0	12.9

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	1	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【放課後等デイサービス】施設状況票

S-O

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	068

「施設状況票」記入にあたって
 ○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。
 ○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。
 ○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			F A X 番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	208	年	3	月	31	日		
施設名	放課後デイサービスセンターかみや														
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13														
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日									
地域区分	①	①1級地	②2級地	③3級地	④4級地	⑤5級地	⑥6級地	⑦その他							
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	0	指	定	管	理	者	の	指	定
建物所有の状況	3	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0	無	1 有	0				
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)				2010	年	1	月				
建物のうち当該事業に使用している面積	434 m ²														

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
 ※認可申請書、変更届等を参照してください。
 ○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。
 ○共有部分については、按分して記入してください。
 ※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

営業日数	294 / 365・366日					
営業時間	通常	平日	09:00	~	18:00	
		土曜	00:00	~	00:00	
		祝祭	00:00	~	00:00	
	長期休暇時	平日	09:00	~	17:00	
		土曜	00:00	~	00:00	
		祝祭	00:00	~	00:00	

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。
 ○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。
 ○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択してください。

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

年度内における定員変更の有無	1 有の場合に「-」を記入(0 無の場合は未記入)			変更時期(西暦)	2017	年	10	月
定員	当	初	更					
	20	15						

○他の施設・事業の定員数と重複登録しないようにご注意ください。
 ○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

関係機関連携加算の有無ではなく、事業所が提携先を把握しているヶ所数を記入してください。

報酬区分	授業終了後・長期休暇のサービスを行う場合	休業日にサービスを行う場合
	障害児重症心身障害児障害児	障害児重症心身障害児
延べ利用者数	4,010	4,010

○この施設状況表に記載された決算区分についてのみ記入してください。
 ○延べ利用者数の算出方法
 (例) Cさんが100日利用
 Dさんが150日利用
 → 100+150=250 と計算。

連携先件数	3ヶ所
特別支援学校	1ヶ所

会計期間末（この事例では3月末）の利用契約者数を記入してください。

年度末（決算月末）における利用契約者数	16
年度末（決算月間）における利用実人数	14

会計期間末月（この事例では3月1ヶ月分）の利用実人数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達支援管理責任者専任加算	0 無 1 有	1	指導員加配加算(イ)	0 無 1 有	1	指導員加配加算(ロ)	0 無 1 有	0
家庭連携加算(イ)	0 無 1 有	0	家庭連携加算(ロ)	0 無 1 有	0	事業所内相談支援加算	0 無 1 有	1
訪問支援特別加算(イ)	0 無 1 有	0	訪問支援特別加算(ロ)	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	1
福祉専門職員等配置加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員等配置加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉専門職員等配置加算(Ⅲ)	0 無 1 有	1
欠席時対応加算	0 無 1 有	1	特別支援加算	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
医療連携体制加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	医療連携体制加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0
送迎加算(イ)	0 無 1 有	1	送迎加算(ロ)	0 無 1 有	0	延長支援加算(イ) 1時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(イ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(イ) 2時間以上3時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 1時間未満	0 無 1 有	0
延長支援加算(ロ) 1時間以上2時間未満	0 無 1 有	0	延長支援加算(ロ) 2時間以上3時間未満	0 無 1 有	0	関係機関連携加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0
関係機関連携加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0

4. 障害福祉サービス費以外の費用負担

通常時	授業終了後のサービスを行う時	食費（1日あたり）	850	円実費等（1ヶ月あたり）	150	円
	休業日にサービスを行う場合	食費（1日あたり）		円実費等（1ヶ月あたり）		円
長期休暇時	授業終了後のサービスを行う時	食費（1日あたり）		円実費等（1ヶ月あたり）		円
	休業日にサービスを行う場合	食費（1日あたり）	950	円実費等（1ヶ月あたり）	150	円

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内に最も利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、会計期間内のそれぞれの総額から算出して記入してください。

【例】
・食費（1日あたり）=会計期間内の食費合計÷年間延べ利用者数

・実費等（1ヶ月あたり）=年間の実費合計÷年間延べ利用者数×30日
※利用者の嗜好品購入などの特別なサービス等の費用は除外してください。

「5. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（生活介護等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.2			0.2	機能訓練担当職員				0.0
児童発達支援管理責任者	1.0			1.0	栄養士				0.0
指導員	5.8	1.2		7.0	調理員				0.0
保育士	1.3	1.7		3.0	その他				0.0
					合計	8.3	2.9	0.0	11.2

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

6. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

障害福祉サービス事業【保育所等訪問支援】施設状況票

S-P

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	069

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(生活介護等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子		電話番号	03-3438-xxxx		FAX番号	03-3438-△△△△						
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	保育所等訪問支援事業所かみや												
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-13												
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	1	月	1	日							
地域区分	① ①級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦その他												
土地所有の状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他 (公有地を含む)					0 無 1 有	0	指定管理者の指定				
建物所有の状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他 (公設を含む)					0 無 1 有	0	0 無 1 有	0			
建物の全面建替状況	1	0 無 1 有					全面建替の竣工時期(西暦)		2010	年	1	月	
建物のうち当該事業に使用している面積	432	m ²	併設の状況		0 併設なし 1 併設有り				2				

「施設状況票」記入にあたって
○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

2. 利用状況

営業日数	186 / 365・366日
------	----------------

提携先保育所等	12ヶ所
延べ訪問回数	216回

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。
○会計期間内の延べ訪問回数を記入してください。

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

児童発達支援管理責任者専任加算	0 無 1 有	1	特別地域加算	0 無 1 有	0	利用者負担上限額管理加算	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0 無 1 有	0
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0 無 1 有	0	福祉・介護職員処遇改善特別加算	0 無 1 有	0			0

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度の算定実績の有無を選択してください。

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	委託職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者	0.5			0.5	訪問支援員	1.6	1.4		3.0
児童発達支援管理責任者	0.5			0.5	その他				0.0
					合計	2.6	1.4	0.0	4.0

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(生活介護等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	0	その他	0 無 1 有	0

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

【参考】 障害福祉サービスにかかる単価地域区分表

●以下は「厚生労働大臣が定める」単位の単価(平成18年9月29日厚生労働省告示第539号(最終改正:平成27年3月27日厚生労働省告示(第157号))等を参考に作成したものです。

●この表に掲げる地域は、平成24年4月1日において当該地域に係る名称によって示された区域をいい、その後における当該名称又は当該区域の変更によって影響されるものではありません。

地域区分	都道府県	地 域	
1級地	東京都	特別区	
2級地	茨城県	取手市	
	埼玉県	和光市	
	千葉県	成田市 印西市	
	東京都	武蔵野市 町田市 国分寺市 国立市 福生市 狛江市 清瀬市 多摩市 稲城市 西東京市	
	神奈川県	鎌倉市 厚木市	
	大阪府	大阪市 守口市 門真市	
	兵庫県	芦屋市	
3級地	茨城県	つくば市	
	埼玉県	さいたま市 志木市	
	千葉県	船橋市 浦安市 袖ヶ浦市 習志野市 八千代市	
	東京都	八王子市 立川市 府中市 昭島市 調布市 小平市 日野市	
	神奈川県	横浜市 川崎市 海老名市	
	愛知県	名古屋市長久市 豊田市	
	大阪府	高槻市 吹田市 寝屋川市 箕面市 高石市	
	兵庫県	西宮市 宝塚市	
	奈良市	天理市	
	4級地	茨城県	水戸市 土浦市 石岡市 守谷市
埼玉県			
千葉県		千葉市 市川市 松戸市 富津市	
東京都		三鷹市 青梅市 小金井市 東村山市 東久留米市 羽村市 あきる野市 日の出町 檜原村	
神奈川県		相模原市 横須賀市 藤沢市 茅ヶ崎市 大和市 座間市 綾瀬市 愛川町	
愛知県		豊明市	
三重県		鈴鹿市	
滋賀県		大津市 草津市	
京都府		京都市	
大阪府		堺市 東大阪市 豊中市 池田市 枚方市 茨木市 八尾市 大東市 摂津市 島本町	
兵庫県		神戸市 尼崎市	
奈良県		奈良市 大和郡山市 川西町	
広島県		広島市 府中町	
福岡県		福岡市	
5級地		宮城県	仙台市
		茨城県	日立市 古河市 牛久市 ひたちなか市 那珂市 大洗町 東海村 阿見町
		栃木県	宇都宮市
	埼玉県	川越市 川口市 行田市 所沢市 飯能市 加須市 東松山市 狭山市 羽生市 越谷市 蕨市 戸田市 入間市	
	千葉県	朝霞市 新座市 富士見市 三郷市 鶴ヶ島市 ふじみ野市 三芳町	
	東京都	木更津市 茂原市 佐倉市 柏市 市原市 我孫子市 鎌ヶ谷市 君津市 四街道市 長柄町 長南町	
	神奈川県	奥多摩町	
	山梨県	甲府市	
	静岡県	沼津市 御殿場市	
	愛知県	瀬戸市 碧南市 西尾市 大府市 知多市 尾張旭市 長久手市	
	三重県	津市 四日市市	
	滋賀県	守山市 栗東市 野洲市	
	京都府	宇治市 亀岡市 城陽市 八幡市 京田辺市 南丹市 久御山町 宇治原町	
	大阪府	岸和田市 泉大津市 貝塚市 泉佐野市 富田林市 河内長野市 松原市 和泉市 羽曳野市 藤井寺市 大阪狭山市 豊能町 忠岡町 千早赤阪村	
	兵庫県	伊丹市 川西市 三田市 猪名川町	
	奈良県	大和高田市 橿原市 御所市	
	6級地	北海道	札幌市
		宮城県	名取市 多賀城市 村田町 七ヶ浜町 利府町
		茨城県	結城市 龍ヶ崎市 下妻市 常総市 筑西市 坂東市 稲敷市 桜川市 つくばみらい市 河内町 八千代町 五霞町 境町 利根町
		栃木県	栃木市 鹿沼市 日光市 小山市 真岡市 大田原市 さくら市 下野市 壬生町 野木町
		群馬県	前橋市 高崎市 桐生市 伊勢崎市 太田市 渋川市 みどり市 榛東村 玉村町 千代田町 大泉町
		埼玉県	熊谷市 春日部市 鴻巣市 深谷市 上尾市 草加市 桶川市 久喜市 八潮市 蓮田市 坂戸市 幸手市 日高市 吉川市 毛呂山町 越生町 滑川町 嵐山町 川島町 吉見町 鳩山町 ときがわ町 宮代町 杉戸町 白岡町
千葉県		野田市 東金市 流山市 八街市 富里市 山武市 白井市 酒々井町 栄町 大網白里町	
東京都		東大和市 武蔵村山市 瑞穂町	
神奈川県		小田原市 三浦市 二宮町 中井町 大井町 箱根町	
富山県		富山市 南砺市	
石川県		金沢市	
福井県		福井市	
長野県		長野市 松本市 上田市 岡谷市 飯田市 諏訪市 伊那市 大田市 下諏訪町 筑北村	
岐阜県		岐阜市 大垣市 高山市 多治見市 関市 羽鳥市 美濃加茂市 土岐市 各務原市 可児市 瑞穂市 海津市	
静岡県		浜松市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 磐田市 焼津市 掛川市 藤枝市 袋井市 裾野市 湖西市 函南町 清水町 長泉町 小山町 川根本町 森町	
愛知県		豊橋市 岡崎市 一宮市 半田市 春日井市 豊川市 津島市 安城市 蒲郡市 犬山市 常滑市 江南市 小牧市 稲沢市 新城市 東海市 深谷市 上尾市 草加市 桶川市 久喜市 八潮市 蓮田市 坂戸市 幸手市 日高市 あま市 東郷町 豊山町 大口町 扶桑町 蟹江町 飛鳥村 阿久比町 東浦町 幸田町	
三重県		桑名市 名張市 亀山市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 朝日町 川越町	
滋賀県		彦根市 長浜市 甲賀市 高島市 米原市 多賀町	
京都府		向日市 長岡京市 木津川市 井手町 笠置町 精華町 南山城村	
大阪府		柏原市 泉南市 四徳園市 交野市 阪南市 熊取町 田尻町 岬町 太子町 河南町	
兵庫県		姫路市 明石市 加古川市 三木市 高砂市 小野市 加西市 加東市 稲美町 播磨町	
奈良県		桜井市 五條市 生駒市 香芝市 葛城市 宇陀市 山添村 平群町 三郷町 斑鳩町 安堵町 田原本町 曾爾村 明石香村 上牧町 王寺町 広陵町 河合町 吉野町	
和歌山県		和歌山市 橋本市 紀の川市 岩出市 かつらぎ町	
岡山県		岡山市	
広島県		呉市 廿日市市 海田町 熊野町 坂町 安芸太田町	
山口県		岩国市 周南市	
香川県		高松市	
福岡県		北九州市 飯塚市 筑紫野市 春日市 大野城市 太宰府市 福津市 糸島市 那珂川町 宇美町 志免町 須恵町	
佐賀県		久山町 粕屋町	
長崎県		佐賀市	
長崎県		長崎市	
その他		すべての都道府県	その他の市区町村

iv 児童福祉サービス

児童福祉サービス【保育所・小規模保育事業】施設状況票

J-A

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	123

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-XXXX			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	かみや保育園												
施設の所在地	〒	105-0000	東京都港区虎ノ門4丁目3番13号										
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	4	月	1	日							
地域区分	①	①100分の20地域 ②100分の16地域 ③100分の15地域 ④100分の12地域 ⑤100分の10地域 ⑥100分の6地域 ⑦100分の3地域 ⑧その他地域											
年間開所日数	292 / 365-366日			指定管理者の指定	0無1有			0					
開所時間	平日	07:30	~	20:00	土曜	07:30	~	20:00	祝祭日	00:00	~	00:00	
	うち標準時間	07:30	~	18:30	土曜	07:30	~	18:30	祝祭日	00:00	~	00:00	
	うち短時間	09:00	~	16:00	土曜	09:00	~	16:00	祝祭日	00:00	~	00:00	
土地所有の状況	2	1法人所有 2借地 3一部借地 4その他 (公有地を含む)						0無1有	1				
建物の所有状況	1	1法人所有 2賃借 3一部賃借 4その他 (公設を含む)						0無1有	0				
建物の全面建替状況	1	0無	1有	全面建替の竣工時期(西暦)			2010	年	8	月			
建物のうち当該事業に使用している面積	922 m ²												

2. 設置形態

注:下記の定義については、記載要領をご参照ください。

設置形態	1	1 保育所 2 小規模保育事業
------	---	--------------------

1を選択の場合

この施設状況票の作成対象	
3	1 本園 2 分園 3 本園(分園含む)

※本園および分園を同一サービス(決算)区分としている場合は、「3 本園(分園含む)」を選択の上、「3. 定員」以降本園と分園の合計を記入してください。

2を選択の場合

類型	他施設との連携状況
1 A型 2 B型 3 C型	1 連携あり 0 連携なし

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(児童館等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「1本園」と「2分園」がサービス区分で分かれていない場合は、「3本園(分園含む)」を選択し、この施設状況票には「本園」と「分園」を合計した内容を記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「本園」と「分園」がサービス区分上で分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

「5. 加算の状況」記入にあたって
 ○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

処遇改善等加算で「1 有」を選択した場合、「処遇改善加算の基礎分適用」の選択をお願いします。

5. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

処遇改善等加算(Ⅰ)	0 無 1 有	1	処遇改善等加算(Ⅱ)	0 無 1 有	1	所長設置加算	0 無 1 有	0	3歳児配置改善加算	0 無 1 有	0
休日保育加算	0 無 1 有	0	夜間保育加算	0 無 1 有	0	減価償却費加算	0 無 1 有	0	賃借料加算	0 無 1 有	0
チーム保育推進加算	0 無 1 有	0	主任保育士専任加算	0 無 1 有	1	療育支援加算	0 無 1 有	1	事務職員雇上費加算	0 無 1 有	1
冷暖房費加算	0 無 1 有	0	除雪費加算	0 無 1 有	0	降灰除去費加算	0 無 1 有	0	入所児童処遇特別加算	0 無 1 有	0
施設機能強化推進費加算	0 無 1 有	0	小学校接続加算	0 無 1 有	1	栄養管理加算	0 無 1 有	1	第三者評価受審加算	0 無 1 有	0
資格保有者加算	0 無 1 有	0	家庭的保育補助者加算	0 無 1 有	0	家庭的保育支援加算	0 無 1 有	0	管理者設置加算	0 無 1 有	0
保育士比率向上加算	0 無 1 有	0	障害児保育加算	0 無 1 有	0						

処遇改善加算(Ⅰ)の基礎分適用	1	1 資金改善分(キャリアパス要件有)	2 資金改善分(キャリアパス要件無)	3 基礎分のみ	4 その他
-----------------	---	--------------------	--------------------	---------	-------

処遇改善加算(Ⅱ)による賃金改善の対象となる職員数	
副主任保育士等(原則月額4万円の賃金改善額となる者)	1.0 人
その他の技能・経験を有する職員(月額5千円以上4万円未満の賃金改善額となる者)	1.0 人
職務分野別リーダー等(月額5千円の賃金改善額となる者)	3.0 人

「6. 従事者の状況」記入にあたって
 ○併設事業所(児童館等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
 ○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。
 ※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

6. 従事者の状況

<保育所>

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
施設長	0.5	0.0	0.0	0.5	栄養士	1.0	0.0	0.0	1.0
保育士	7.2	6.5	0.8	14.5	調理員	0.0	3.2	0.0	3.2
保育補助者	1.7	3.8	0.0	5.5	事務員	0.0	0.5	0.0	0.5
保健師・看護師	0.0	0.5	0.0	0.5	その他	0.0	0.5	0.0	0.5
					合計	10.4	15.0	0.8	26.2

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

<小規模保育事業(A型・B型・C型)>

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
管理者				0.0	その他職員				0.0
保健師・看護師				0.0	保育従事者(A型・B型のみ)				0.0
栄養士				0.0	家庭的保育者(C型のみ)				0.0
調理員				0.0	家庭的保育補助者(C型のみ)				0.0
事務員				0.0	合計				0.0

<平均勤続年数の状況>

常勤職員の平均勤続年数	8.2 年
-------------	-------

常勤職員の平均勤続年数を入力してください。
 ※処遇改善等加算にかかる加算率認定申請書等を参考に記入してください。
 ※処遇改善等加算を取得していない施設は、常勤職員の法人での勤続年数を常勤職員数で除し、小数第二位を四捨五入してください。

※保育士の状況(勤続年数)

1年未満	0.0	人	6年以上7年未満	1.0	人	12年以上13年未満	1.0	人
1年以上2年未満	2.0	人	7年以上8年未満	0.0	人	13年以上14年未満	0.0	人
2年以上3年未満	0.0	人	8年以上9年未満	0.0	人	14年以上15年未満	0.0	人
3年以上4年未満	0.0	人	9年以上10年未満	1.0	人	15年以上20年未満	1.0	人
4年以上5年未満	1.0	人	10年以上11年未満	0.0	人	20年以上	1.0	人
5年以上6年未満	0.0	人	11年以上12年未満	0.0	人			

常勤保育士の累積勤続年数を記入してください。(他法人での勤続年数を含みます。)
※処遇改善等加算にかかる加算率認定申請書等を参考に記入してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0	労務委託業務	0 無 1 有	1
会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0			

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

8. 食事の提供状況 ※食事の提供状況について、選択肢より選択してください。

補食の提供	0 無 1 有	1	夕食の提供	0 無 1 有	1
-------	------------	---	-------	------------	---

〇行事等での特別提供は含みません。
※「補食」は家庭で夕食をとることを前提に夕刻に提供している軽め(少量)の食事を指します。

〇行事等での特別提供は含みません。
※「夕食」は家庭で夕食をとらない前提で提供している1食分の食事を指します。

9. 地域子ども・子育て支援事業の実施状況

※実施状況の有無について、「0 無」「1 有」を選択してください。

利用者支援事業	0	地域子育て支援拠点事業	1	妊婦健康診査	0
乳児家庭全戸訪問事業	0	養育支援訪問事業	0	子どもを守る地域ネットワーク機能強化事業	0
子育て短期支援事業	0	子育て援助活動支援事業	0	一時預かり事業	0
延長保育事業	1	病児保育事業	0	放課後児童クラブ	1
実費徴収に係る補給給付を行う事業	0	多様な事業者の参入促進・能力活用事業	0	※すべて補助金が出る事業になります。	

地域子ども・子育て支援事業制度に基づく事業について記入してください。同様の名称であっても市町村独自事業は含みません。

※以下の事業につき、実施している場合は利用状況を記入してください。

	年間実施日数	年間延べ利用者数
一時預かり事業	241 /365-366日	195
延長保育事業	292 /365-366日	1,882
病児保育事業	0 /365-366日	0
放課後児童クラブ	281 /365-366日	1,287

児童福祉サービス【認定こども園】 施設状況票

J-B

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	5	124

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について
「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について
「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(児童館等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

1. 施設の概要

作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-XXXX			FAX番号	03-3438-△△△△				
会計期間(西暦)	2017	年	4	月	1	日	~	2018	年	3	月	31	日
施設名	幼保連携型認定こども園 かみやこども園												
施設の所在地	〒	105-0000	東京都港区虎ノ門4丁目3番13号										
施設の開設年月日(西暦)	2000	年	4	月	1	日							
地域区分	①	①100分の20地域 ②100分の16地域 ③100分の15地域 ④100分の12地域 ⑤100分の10地域 ⑥100分の6地域 ⑦100分の3地域 ⑧その他地域											
年間開所日数	292	/365・366日	指定管理者の指定	0 無	1 有	0							
開所時間	平日	07:30	~	20:00	土曜	07:30	~	20:00	祝祭日	00:00	~	00:00	
うち標準時間	平日	07:30	~	18:30	土曜	07:30	~	18:30	祝祭日	00:00	~	00:00	
うち短時間	平日	09:00	~	16:00	土曜	00:00	~	00:00	祝祭日	00:00	~	00:00	
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他	(公有地を含む)			0 無	1 有	1		
建物の所有状況	1	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他	(公設を含む)			0 無	1 有	0		
建物の全面建替状況	1	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)			2010		年	8			
建物のうち当該事業に使用している面積	922	㎡											

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
「本園」と「分園」が決算上で分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけている施設の施設・事業を行っている場合は「1有」を選択してください。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

2. 設置形態

注:下記の定義については、記載要領をご参照ください。

設置形態	1	1 幼保連携型 2 幼稚園型 3 保育所型 4 地方裁量型
------	---	--

1を選択の場合

この施設状況票の作成対象	
1	1 本園 2 分園 3 本園(分園含む)

※本園および分園を同一サービス(会計)区分としている場合は、「3 本園(分園含む)」を選択の上、本園および分園の合計を記入してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄および「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日（この事例では会計期間が4月1日～3月31日なので4月1日）の1回のみ定員変更があった場合は、「0無」を選択してください。

3. 定員

年度内における定員変更の有無	1	1有の場合に→を記入(0無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	6	月
----------------	---	-----------------------	----------	------	---	---	---

<本園の状況> ※分園の定員は含めなくてください。

認可定員(人)	教育標準時間(1号認定)		満3歳以上・保育認定(2号認定)		満3歳未満・保育認定(3号認定)		その他※	
	当初	変更	当初	変更	当初	変更	当初	変更
	75	80	45	45	30	35		

※定員に1号に認定・2号認定・3号認定の区別がない場合は、「その他」に記入してください。

すべての認可定員の欄に記入

教育標準時間(1号認定)		満3歳以上・保育認定(2号認定)		満3歳未満・保育認定(3号認定)		その他※	
当初	変更	当初	変更	当初	変更	当初	変更
75	80	45					
75	80	45	45				

複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1」の場合、本園および分園の認可定員すべての欄に記入してください。

【例】※記入欄①～⑥の番号を参考にしてください。

- ① 年度内に定員変更有
- ② 変更時期は2017年6月
- ③ 本園1号認定の定員が75人から80人に変更
- ④ 本園2号認定は45人で変更なしの45人
- ⑤ 本園3号認定が30人から35人に変更
- ⑥ 分園3号認定3号認定が7人から10人に変更

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

<分園の状況> ※本園の定員は含めなくてください。

分園数	1	施設						
認可定員(人)	教育標準時間(1号認定)		満3歳以上・保育認定(2号認定)		満3歳未満・保育認定(3号認定)		その他※	
	当初	変更	当初	変更	当初	変更	当初	変更
					7	10		

※定員に1号に認定・2号認定・3号認定の区別がない場合は、「その他」に記入してください。

4. 利用状況 ※月別利用者数

<教育標準時間(1号認定)>

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
3歳児	35	38	39	41	40	39	39	39	39	39	39	39	466
4歳児	36	35	36	37	37	35	36	37	38	38	38	37	440
5歳児	7	9	7	3	3	4	4	4	4	4	4	4	57
6歳児(就学前)												1	1
計	75	82	82	81	80	78	79	80	81	81	81	81	964
(うち私的契約)													0

<標準時間(2・3号認定)>

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0歳児	15	15	15	15	15	15	17	17	17	17	17	17	192
1,2歳児	23	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	309
3歳児	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	312
4歳児以上	3	3	3	4	4	4	5	5	5	5	5	5	51
計	67	70	70	71	71	71	74	74	74	74	74	74	864
(うち私的契約)													0

<短時間(2・3号認定)>

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
0歳児	1	1	2	2	0	0	0	0	2	2	2	2	1
1,2歳児	3	3	3	1	4	4	3	2	2	2	2	2	31
3歳児	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	35
4歳児以上	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	5
計	6	7	8	6	7	7	6	5	7	7	7	7	57
(うち私的契約)													0

○当該施設状況票に記載された施設・事業についてのみ記入してください。

○各月初月の在籍人数を月別、認可区分ごとに記入してください。
※保育所運営費(委託費)請求書等を参考にしてください。

○本園と分園が
・サービス区分上明確に分かれている場合
⇒この施設状況票には本園分だけを記入し、分園分は別途『J-B認定こども園施設状況票』を作成してください。

・決算上この施設状況票のサービス区分に合計されている場合
⇒この施設状況票に本園と分園の合計を記入してください。

○会計期間の12ヶ月について記入してください。

私的契約の児童受け入れを行っている場合に記入してください。
※保育所運営費(委託費)請求書等を参考にしてください。

「5. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

処遇改善等加算（Ⅰ）で「1 有」を選択した場合、「処遇改善加算の基礎分適用」の選択をお願いします。

5. 加算の状況 ※当年度の算定実績について加算の「0 無」、「1 有」を選択してください。

処遇改善等加算（Ⅰ）	0 無 1 有	1	処遇改善等加算（Ⅱ）	0 無 1 有	1	副園長・教頭配置加算	0 無 1 有	0
学級編制調整加算	0 無 1 有	0	3歳児配置改善加算	0 無 1 有	0	満3歳児対応加算	0 無 1 有	0
チーム保育加算	0 無 1 有	0	指導充実加算	0 無 1 有	0	事務負担対応加算	0 無 1 有	0
通園送迎加算	0 無 1 有	0	給食実施加算	0 無 1 有	0	外部監査費加算	0 無 1 有	0
療育支援加算	0 無 1 有	0	事務職員雇上費加算	0 無 1 有	1	冷暖房費加算	0 無 1 有	0
施設関係者評価加算	0 無 1 有	0	除雪費加算	0 無 1 有	0	降灰除去費加算	0 無 1 有	0
施設機能強化推進費加算	0 無 1 有	0	小学校接続加算	0 無 1 有	1	第三者評価受審加算	0 無 1 有	0
休日保育加算	0 無 1 有	0	夜間保育加算	0 無 1 有	0	減価償却費加算	0 無 1 有	0
賃借料加算	0 無 1 有	0	入所児童処遇特別加算	0 無 1 有	0	栄養管理加算	0 無 1 有	1
処遇改善加算（Ⅰ）の基礎分適用	1		1 賃金改善分（キャリアパス要件有） 2 賃金改善分（キャリアパス要件無） 3 基礎分のみ 4 その他					
処遇改善加算（Ⅱ）による賃金改善の対象となる職員数								
副主任保育士等（原則月額4万円の賃金改善額となる者）								2.0 人
その他の技能・経験を有する職員（月額5千円以上4万円未満の賃金改善額となる者）								1.0 人
職務分野別リーダー等（月額5千円の賃金改善額となる者）								1.0 人

6. 従事者の状況

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（児童館等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤換算 (b)	派遣職員等 の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+ (c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員 の常勤換算 (b)	派遣職員等 の常勤換算 (c)	合計 (a)+(b)+ (c)
園長	0.5	0.0	0.0	0.5	保育士	3.3	4.7	0.0	8.0
主幹保育教諭	1.3	0.7	0.0	2.0	保育補助者	0.0	0.0	0.0	0.0
指導保育教諭	1.0	0.0	0.0	1.0	保健師・看護師	0.2	0.2	0.0	0.4
保育教諭	3.8	1.4	0.8	6.0	栄養士	0.0	0.0	0.0	0.0
助保育教諭	0.0	0.0	0.0	0.0	調理員	0.0	0.0	0.0	0.0
講師	0.0	0.0	0.0	0.0	その他	1.0	1.5	0.0	2.5
事務員	0.0	0.6	0.0	0.6	合計	11.1	9.1	0.8	21.0

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

常勤職員の平均勤続年数を入力してください。
※処遇改善等加算にかかる加算率認定申請書等を参考に記入してください。

※処遇改善等加算を取得していない施設は、常勤職員の法人での勤続年数を常勤職員数で除し小数第一位を四捨五入してください。

＜平均勤続年数の状況＞

常勤職員の平均勤続年数	5.0	年
-------------	-----	---

※保育士および保育教諭の状況（勤続年数）

1年未満	4.0 人	6年以上7年未満	1.0 人	12年以上13年未満	2.0 人
1年以上2年未満	1.0 人	7年以上8年未満	2.0 人	13年以上14年未満	0.0 人
2年以上3年未満	1.0 人	8年以上9年未満	0.0 人	14年以上15年未満	1.0 人
3年以上4年未満	2.0 人	9年以上10年未満	0.0 人	15年以上20年未満	0.0 人
4年以上5年未満	1.0 人	10年以上11年未満	0.0 人	20年以上	1.0 人
5年以上6年未満	1.0 人	11年以上12年未満	0.0 人		

常勤保育士および保育教諭の累積勤続年数を記入してください。
※処遇改善等加算にかかる加算率認定申請書等を参考に記入してください。

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

7. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0 0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	1 1	清掃	0 無 1 有	0 0
洗濯	0 無 1 有	0 0	送迎	0 無 1 有	0 0	労務委託業務	0 無 1 有	1 1
会計委託業務	0 無 1 有	1 1	その他	0 無 1 有	0 0			

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

〇行事等での特別提供は含みません。
※「補食」は家庭で夕食をとることを前提に夕刻に提供している軽め（少量）の食事です。

8. 食事の提供状況 ※食事の提供状況について、選択肢より選択してください。

補食の提供	0 無 1 有	1 1	夕食の提供	0 無 1 有	0 0
-------	------------	--------	-------	------------	--------

〇行事等での特別提供は含みません。
※「夕食」は家庭で夕食をとらない前提で提供している1食分の食事です。

9. 地域子ども・子育て支援事業の実施状況

※実施状況の有無について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

利用者支援事業	0 無 1 有	0 0	地域子育て支援拠点事業	1 1	妊婦健康診査	0 0
乳児家庭全戸訪問事業	0 無 1 有	0 0	養育支援訪問事業	0 0	子どもを守る地域ネットワーク機能強化事業	0 0
子育て短期支援事業	0 無 1 有	0 0	子育て援助活動支援事業	0 0	一時預かり事業	1 1
延長保育事業	0 無 1 有	1 1	病児保育事業	0 0	放課後児童クラブ	0 0
実費徴収に係る補給給付を行う事業	0 無 1 有	0 0	多様な事業者の参入促進・能力活用事業	0 0		※すべて補助金が出る事業になります。

地域子ども・子育て支援事業制度に基づく事業について記入してください。同様の名称であっても市町村独自事業は含みません。

※以下の事業につき、実施している場合は利用状況を記入してください。

	年間実施日数	年間延べ利用者数
一時預かり事業	156 / 365-366日	222
延長保育事業	244 / 365-366日	1,859
病児保育事業	0 / 365-366日	0
放課後児童クラブ	0 / 365-366日	0

児童福祉サービス【児童養護施設】施設状況票

J-C①

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	003	004

1. 施設の概要

施設名	児童養護施設かみや												
会計期間(西暦)	2017	年	04	月	01	日	～	2018	年	3	月	31	日
作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxx			FAX番号	03-3438-△△△△				
施設の開設年月日	西暦	1980	年	4	月	1	日						
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-15												
土地所有の状況	2	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	1	指定管理者の指定					
建物所有の状況	2	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	1	0 無 1 有	0				
建物の全面建替状況	0 無	1 有	全面建替の竣工時期(西暦)					2000	年	4	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	2,180 m ²												

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に一を記入(0 無の場合には未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	10	月
----------------	---	--------------------------	----------	------	---	----	---

※延在籍児童数は月初登録児童数12ヶ月の合計です

寮舎等の形態	寮舎数	定員数		延在籍児童数	延在籍児童数 内訳			
		当初	変更		0歳～4歳児	5歳～9歳児	10歳～14歳児	15歳児以上
大 舎	1 舎			4,380 名				
中 舎	1 舎	12	12	6,205 名	730 名	1,825 名	3,285 名	365 名
小 舎	3 舎	15	18	730 名	1,825 名	3,285 名	365 名	
地域小規模児童養護施設	寮舎定員等内訳							
小規模ケアの形態(寮舎定員内訳)	グループ数	定員数	延在籍児童数	0歳～4歳児	5歳～9歳児	10歳～14歳児	15歳児以上	
小規模グループケア	2 グループ	12 名	4,745 名		1,095 名	3,285 名	365 名	
その他グループホーム	グループ	名	名	名	名	名	名	

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

乳児加算	0 無 1 有	0	1歳児加算	0 無 1 有	0	2歳児加算	0 無 1 有	1
年少児加算	0 無 1 有	1	特別指導費加算	0 無 1 有	1	指導員特別加算	0 無 1 有	0
心理療法担当職員加算	0 無 1 有	1	基幹的職員加算	0 無 1 有	0	第三者評価受審費加算	0 無 1 有	0
賃借費加算	0 無 1 有	0	学習指導費加算	0 無 1 有	0	里親支援専門相談員加算	0 無 1 有	0
看護師加算	0 無 1 有	0	小規模グループケア加算	0 無 1 有	1	寒冷地加算	0 無 1 有	0
職業指導員加算	0 無 1 有	0	事務用採暖加算	0 無 1 有	0			

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(児童館等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○「年度内における定員変更の有無」が「1 有」の場合、大舎、中舎、小舎のすべての認可定員欄に記入してください。

【記入例】
〈大舎〉舎なし、定員なし
〈中舎〉1 舎：定員12名から変更なしの12名
〈小舎〉3 舎：定員15名から18名に変更
〈地域小規模〉：舎なしの場合
・大舎：当初空欄、変更空欄
・中舎：当初12名、変更12名
・小舎：当初15名、変更18名
・地域小規模児童養護施設：空欄

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

【例】
寮舎がサービス区分ごとに分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄及び「定員」の「変更」欄についても記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」の「当初」欄に変更人数を記入してください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この当該施設状況票に記載されたサービス区分についてのみ記入してください。

○「延在籍児童数」と、「延在籍児童数内訳」の合計を一致させてください。

○外泊や入院等は延在籍児童数から減じてください。

「6. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所（児童館等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員 (a)	非常勤職員の 常勤換算(b)	派遣職員等の 常勤換算(c)	合計 (a)+(b)+(c)
施設長（院長）	1.0			1.0	栄養士	1.0			1.0
児童指導員	8.0			8.0	調理員	3.0	0.8		3.8
保育士	3.0			3.0	その他	1.0	1.5		2.5
専門相談員	5.0			5.0	合計	22.0	2.3	0.0	24.3

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務 (労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務 (全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	0
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

児童福祉サービス【乳児院】 施設状況票

J-C②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	001	003

1. 施設の概要

施設名	かみや乳児院													
会計期間(西暦)	2017	年	04	月	01	日	~	2018	年	3	月	31	日	
作成担当者	福祉 花子			電話番号	03-3438-xxxxx			FAX番号	03-3438-△△△△					
施設の開設年月日	西暦	1950		年	4	月	1	日						
施設の所在地	〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-15													
土地所有の状況	3	1 法人所有	2 借地	3 一部借地	4 その他(公有地を含む)	0 無 1 有	1	指定管理者の指定						
建物所有の状況	1	1 法人所有	2 賃借	3 一部賃借	4 その他(公設を含む)	0 無 1 有	0	0 無 1 有	0					
建物の全面建替状況	0 無 1 有							全面建替の竣工時期(西暦)	1997	年	4	月		
建物のうち当該事業に使用している面積	570 m ²													

2. 利用状況

年度内における定員変更の有無	1	1 有の場合に一を記入(0 無の場合は未記入)	変更時期(西暦)	2017	年	6	月
定員数	変更前	変更後	延利用乳幼児数	延利用乳幼児数 内訳			
	13名	15名	5,100名	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児以上
				905名	2,150名	1,650名	395名

3. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

心理療法担当職員加算	0 無 1 有	1	基幹的職員加算	0 無 1 有	1	第三者評価受審費加算	0 無 1 有	0
家庭支援専門相談員加算	0 無 1 有	0	里親支援専門相談員加算分	0 無 1 有	1	小規模グループケア加算	0 無 1 有	1
寒冷地加算	0 無 1 有	0	事務用採暖加算	0 無 1 有	0			

4. 従事者の状況

主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)	主な職種の内訳	常勤職員(a)	非常勤職員の常勤換算(b)	派遣職員等の常勤換算(c)	合計(a)+(b)+(c)
施設長(院長)	0.5			0.5	栄養士	0.5			0.5
児童指導員	0.5	0.7		1.2	調理員	0.5	0.8		1.3
保育士	4.6	2.9		7.5	医師	0.0	0.5		0.5
専門相談員		1.0		1.0	その他	0.2	0.5		0.7
看護師	0.3	1.7		2.0	合計	6.8	6.4	0.0	13.2

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(労務委託)	0 無 1 有	0	給食業務(全面委託)	0 無 1 有	0	清掃	0 無 1 有	1
洗濯	0 無 1 有	0	宿直	0 無 1 有	0	送迎	0 無 1 有	0
労務委託業務	0 無 1 有	0	会計委託業務	0 無 1 有	1	その他	0 無 1 有	1

○この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○土地所有の状況について「2 借地」および「3 一部借地」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公有地を含む)」の有無も選択してください。

○建物所有の状況について「2 賃借」および「3 一部賃借」を選択された場合、有償無償に拘らず「(公設を含む)」の有無も選択してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「3. 加算の状況」記入にあたって

○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○併設事業所(児童館等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員数と重複しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分ごとに作成してください。

行政からの委託をうけてこの施設状況票の施設・事業を行っている場合は「1 有」を選択してください。

○定員変更がある場合は「変更時期」欄及び「定員」の「変更」欄について記入してください。

○当年度初日(この事例では4月1日)の1回のみ定員変更があった場合は、「0 無」を選択し、「定員」の「当初」欄に変更人数を記入してください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更年月を記入してください。

○この当該施設状況票に記載されたサービス区分についてのみ記入してください。

○「延利用乳幼児数」と「延利用乳幼児数内訳」の合計を一致させてください。

○外泊や入院等は延利用乳幼児数から減じてください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1」を選択してください。

【参考】 保育所にかかる地域区分表

●以下は 平成27年3月31日内閣府告示第49号を基に作成したものです。

●この表に掲げる地域は 平成27年4月1日において当該地域に係る名称によって示された区域をいい その後における当該名称又は当該区域の変更によって影響されるものではありません。

地域区分	都道府県	地 域
百分の二十 百分の十六	東京都	特別区
	茨城県	取手市 つくば市
	埼玉県	和光市
	千葉県	我孫子市 袖ヶ浦市 印西市
	東京都	調布市 町田市 小平市 日野市 国分寺市 狛江市 清瀬市 多摩市 武蔵野市
	神奈川県	横浜市 川崎市 厚木市
	愛知県	刈谷市 豊田市 日進市
	京都府	長岡京市
	大阪府	大阪市 守口市
	百分の十五	茨城県
埼玉県		さいたま市 蕨市 志木市
千葉県		千葉市 成田市 習志野市
東京都		八王子市 青梅市 府中市 昭島市 小金井市 東村山市 国立市 福生市 稲城市 西東京市
神奈川県		鎌倉市 逗子市
静岡県		裾野市
愛知県		名古屋市長久手市 豊明市
大阪府		池田市 高槻市 大東市 門真市 高石市 大阪狭山市
兵庫県		西宮市 芦屋市 宝塚市
百分の十二		茨城県
	埼玉県	東松山市 狭山市 朝霞市 ふじみ野市
	千葉県	船橋市 浦安市
	東京都	立川市 東久留米市 東大和市
	神奈川県	相模原市 藤沢市 海老名市 座間市 愛川町
	三重県	鈴鹿市
	京都府	京田辺市
	大阪府	豊中市 吹田市 寝屋川市 松原市 箕面市 羽曳野市
	兵庫県	神戸市
	奈良県	天理市
百分の十	宮城県	多賀城市
	茨城県	水戸市 日立市 土浦市 龍ヶ崎市 稲敷市 石岡市 阿見町
	埼玉県	新座市 桶川市 富士見市 坂戸市 鶴ヶ島市
	千葉県	市川市 松戸市 佐倉市 市原市 八千代市 富津市 四街道市
	東京都	三鷹市 あきる野市 羽村市 日の出町 檜原村
	神奈川県	横須賀市 平塚市 小田原市 茅ヶ崎市 大和市 伊勢原市 綾瀬市 寒川町
	愛知県	西尾市 知多市 知立市 清瀬市 みよし市 長久手市
	三重県	四日市市
	滋賀県	大津市 草津市 栗東市
	京都府	京都市
大阪府	堺市 枚方市 茨木市 八尾市 柏原市 東大阪市 交野市 摂津市 島本町	
兵庫県	尼崎市 伊丹市 高砂市 川西市 三田市	
奈良県	奈良市 大和高田市 川西町	
広島県	広島市 府中町	
福岡県	福岡市 春日市 福津市	
百分の六	宮城県	仙台市 七ヶ浜町 大和町 富谷町
	茨城県	古河市 常総市 ひたちなか市 坂東市 神栖市 つくばみらい市 那珂市 大洗町 河内町 五霞町 境町 利根町 東海村
	栃木県	宇都宮市 大田原市 さくら市 下野市 野木町
	群馬県	高崎市 明和町
	埼玉県	川越市 川口市 行田市 所沢市 飯能市 加須市 春日部市 羽生市 鴻巣市 深谷市 上尾市 草加市 越谷市 戸田市 入間市 久喜市 本本市
	千葉県	八潮市 三郷市 蓮田市 幸手市 吉川市 白岡市 伊奈町 三芳町 川島町 鳩山町 とまがわ町 宮代町 杉戸町 松伏町 滑川町
	東京都	野田市 茂原市 東金市 柏市 流山市 鎌ヶ谷市 白井市 香取市 大網白里市 木更津市 君津市 酒々井町 栄町 白子町 長柄町 長南町
	神奈川県	奥多摩町
	山梨県	三浦市 秦野市 葉山町 大磯町 二宮町 中井町 大井町 山北町 清川村
	長野県	甲府市
岐阜県	塩尻市 海津市	
静岡県	静岡市 沼津市 磐田市 御殿場市	
愛知県	岡崎市 瀬戸市 春日井市 豊川市 津島市 碧南市 安城市 蒲郡市 犬山市 江南市 稲沢市 東海市 大府市 尾張旭市 高浜市 岩倉市 田原市 愛西市 北名古屋市長久手市 北名古屋市長久手市 弥富市 あま市 東郷町 豊山町 大治町 蟹江町 幸田町	
三重県	津市 桑名市 亀山市	
滋賀県	彦根市 守山市 甲賀市 野洲市	
京都府	宇治市 亀岡市 向日市 八幡市 南丹市 木津川市 城陽市 笠置町 和束町 精華町 久御山町 宇治田原町	
大阪府	岸和田市 泉大津市 貝塚市 泉佐野市 富田林市 河内長野市 和泉市 藤井寺市 泉南市 四條畷市 阪南市 豊能町 能勢町 忠岡町	
兵庫県	熊取町 田尻町 岬町 太子町 河南町 千早赤阪村	
奈良県	明石市 赤穂市 篠山市 猪名川町	
和歌山県	大和高田市 橿原市 生駒市 香芝市 葛城市 御所市 平群町 三郷町 斑鳩町 安堵町 上牧町 王寺町 広陵町 河合町	
香川県	和歌山県 橋本市 紀の川市 岩出市 かつらぎ町	
福井県	高松市	
福岡県	大野城市 太宰府市 糸島市 那珂川町 志免町 新宮町 粕屋町	
佐賀県	佐賀市 吉野ヶ里町	
百分の三	北海道	札幌市
	宮城県	塩釜市 名取市 村田町 利府町
	茨城県	結城市 下妻市 常陸太田市 笠間市 鹿嶋市 潮来市 筑西市 桜川市 茨城町 城里町 八千代町
	栃木県	栃木市 佐野市 鹿沼市 日光市 小山市 真岡市 上三川町 芳賀町 壬生町
	群馬県	前橋市 桐生市 伊勢崎市 太田市 沼田市 渋川市 みどり市 吉岡町 東吾妻町 玉村町 板倉町 千代田町 大泉町 榛東村
	埼玉県	熊谷市 日高市 毛呂山町 越生町 嵐山町 吉見町
	千葉県	鴨川市 八街市 富里市 山武市 九十九里町 芝山町 大多喜町
	東京都	武蔵村山市 瑞穂町
	新潟県	新潟市
	富山県	富山市 南砺市 上市町 立山町 舟橋村
石川県	金沢市 津幡町 内灘町	
福井県	福井市	
山梨県	南アルプス市 北杜市 甲斐市 上野原市 中央市 市川三郷町 早川町 身延町 南部町 昭和町 富士河口湖町 道志村	
長野県	長野市 松本市 上田市 岡谷市 飯田市 諏訪市 伊那市 大町市 茅野市 長和町 下諏訪町 辰野町 箕輪町 木曾町 南箕輪村 大鹿村 木祖村 朝日村 筑北村	
岐阜県	大垣市 高山市 多治見市 関市 羽島市 美濃加茂市 土岐市 各務原市 可児市 瑞穂市 本巣市 岐南町 笠松町 神戸町 安八町 北方町 坂祝町 八百津町 御嵩町	
静岡県	浜松市 三島市 富士宮市 島田市 富士市 焼津市 掛川市 藤枝市 袋井市 湖西市 函南町 清水町 長泉町 小山町 川根本町 森町	
愛知県	豊橋市 一宮市 半田市 常滑市 小牧市 新城市 大口町 扶桑町 阿久比町 東浦町 武豊町 飛鳥村	
三重県	名張市 いなべ市 伊賀市 木曾岬町 東員町 菟野町 朝日町 川越町	
滋賀県	長浜市 湖南市 高島市 東近江市 米原市 日野町 竜王町 愛荘町 多賀町	
京都府	大山崎町 井手町 南山城町	
兵庫県	姫路市 加古川市 三木市 小野市 加西市 加東市 稲美町 播磨町	
奈良県	桜井市 五條市 宇陀市 三宅町 原本町 高取町 吉野町 山添村 曾爾村 明日香村	
岡山県	岡山市 玉野市 備前市	
広島県	呉市 竹原市 三原市 東広島市 廿日市市 安芸高田市 熊野町 安芸太田町 世羅町 海田町 坂町	
山口県	岩国市 周南市	
徳島県	徳島市 鳴門市 小松島市 阿南市 美馬市 勝浦町 松茂町 北島町 藍住町	
香川県	坂出市 さぬき市 三木町 綾川町	
福岡県	北九州市 飯塚市 筑紫野市 古賀市 宮若市 宇美町 篠栗町 須恵町 久山町	
佐賀県	鳥栖市	
長崎県	長崎市	
その他	すべての都道府県	その他の市区町村

v 医療系サービス

医療施設(病院) 施設状況票(社会福祉法人)

I-A②

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	1	001

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。

○【例】「病院」と「通所リハビリテーション」「短期入所療養介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

1. 基本情報

作成担当者	福祉 太郎	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間	(西暦) 2017 年 4 月 1 日 ~ 2018 年 3 月 31 日				
法人名または氏名	社会福祉法人神谷町会				
施設名	神谷町病院				
施設の所在地	〒 105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-13			
開設年月日	(西暦) 1980 年 1 月 1 日	建物のうち当該事業に使用している面積	13,200 m ²		
土地の所有状況	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他	建物の所有状況	2 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他		
建物の全面建替状況	1 0 無 1 有	全面建替の竣工時期	(西暦) 2001 年 12 月		

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

年度末に届出している項目については「1」を選択してください。

「加算の状況」記入にあたって
○当年度における、算定実績の有無を選択してください。

<基本診療料届出項目名> ※該当項目について「1」を選択していただく、「2」利用状況に反映されます。

一般入院7対1	0	一般入院10対1	1	一般入院13対1	0	一般入院15対1	0	療養入院1	1	療養入院2	0	精神入院10対1	0
精神入院13対1	0	精神入院15対1	0	精神入院18対1	0	精神入院20対1	0	障害入院7対1	0	障害入院10対1	0	障害入院13対1	0
障害入院15対1	0	特別入院基本料	0	救1	0	救2	0	救3	0	救4	0	集1	0
集2	0	集3	0	集4	0	ハイケア1	0	ハイケア2	0	脳卒中ケア	0	小集	0
新1	0	新2	0	周	0	新回復	0	一類	0	特入	0	小入1	0
小入2	0	小入3	0	小入4	0	小入5	0	回1	1	回2	0	回3	0
地包ケア1	0	地包ケア2	0	特疾1	0	特疾2	0	緩	0	精救1	0	精救2	0
精急1	0	精急2	0	精合併	0	児春入	0	精療	0	認知1	0	認知2	0
移機強	0	介護療養病棟	1	経過型介護療養型医療施設	0	老人性認知症疾患療養病棟	0						

○当該施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業(通所リハ等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

※当年度の算定実績について、「0 無」「1 有」を選択してください。

看護必要度加算1	0	看護必要度加算2	0	看護必要度加算3	0	ADL維持向上等体制加算	0	
総合入院体制加算1	0	総合入院体制加算2	0	総合入院体制加算3	0	地域医療支援病院入院診療加算	0	
臨床研修病院入院診療加算(協力型)	0	救急医療管理加算1	1	救急医療管理加算2	0	超急性期脳卒中加算	0	
診療録管理体制加算	1	医師事務作業補助体制加算	1	急性期看護補助体制加算1	1	急性期看護補助体制加算2	0	
急性期看護補助体制加算4	0	夜間30対1急性期看護補助体制加算	0	夜間50対1急性期看護補助体制加算	0	夜間100対1急性期看護補助体制加算	0	
看護職員夜間配置加算	1	特殊疾患入院施設管理加算	0	看護配置加算	0	看護補助加算1	0	
看護補助加算3	0	夜間75対1看護補助加算	0	精神科措置入院診療加算	0	精神科応急入院施設管理加算	0	
精神病棟入院時医学管理加算	0	精神科地域移行実施加算	0	精神科身体合併症管理加算	0	精神科リエゾンチーム加算	0	
摂食障害入院医療管理加算	0	栄養サポートチーム加算	0	医療安全対策加算	0	感染防止対策加算1	0	
感染防止対策地域連携加算	0	患者サポート体制充実加算	0	精神科救急搬送患者地域連携紹介加算	0	精神科救急搬送患者地域連携受入加算	0	
後発医薬品使用体制加算1	0	後発医薬品使用体制加算2	0	後発医薬品使用体制加算3	0	病棟薬剤業務実施加算	0	
データ提出加算2	0	退院支援加算1	1	退院支援加算2	0	退院支援加算3	0	
認知症ケア加算2	0	精神疾患診療体制加算1	0	精神疾患診療体制加算2	0	精神科急性期医師配置加算	0	
在宅復帰機能強化加算	0						薬剤総合評価調整加算	0
非定型抗精神病薬加算	0	院内標準診療計画加算	0	精神保健福祉士配置加算	0	退院調整加算	0	
治療抵抗性統合失調症治療指導管理料	0						認知症夜間対応加算	0
退院前訪問指導料	0	退院後訪問指導料	0	診療情報提供料(I)	0	電子的診療情報評価料	0	
在宅療養実績加算	0	在宅療養支援病院1	0	在宅療養支援病院2	0	在宅療養支援病院3	0	
				在宅療養後方支援病院				

「2. 利用状況」記入にあたって

○毎月作成している「病院報告」等調査票を参照して記入してください。

○病床数の変動があった場合は「変更時期」欄および「病床数」「増減」欄についても記入してください。

○複数回の病床数の変更があった場合には、直近の変更年月を記入してください。

診療報酬請求のもととなった数を記入してください。（退院日を含みます）

転床患者数は、医療法第7条の病床区分をまたぐ患者移動数をいいます。退院・（再）入院手続きをとった患者は含みません。
同一医療機関内の異なる病床間で移動があった場合、該当患者については、「②転床患者数」欄に記入してください。
※ 病床区分が単一の場合は、「②転床患者数」欄への記入は必要ありません。「①新入院患者数/退院患者数」欄のみ記入してください。

【例】

- 一般病床「10対1入院基本料」から療養病床「療養病床入院基本料」⇒「②転床患者数」欄に記入してください。
- 一般病床「特定集中治療室管理料」から一般病床「10対1入院基本料」⇒「②転床患者数」欄への記入は不要です。

2. 利用状況

区分	病床数						入院患者数				医師事務作業補助体制加算算定状況		
	当会計期末の許可病床	うち休床	当会計期間内の病床数の変動			許可病床延数	新入院		退院		↓加算1・2いずれかを記入		
			変更年月	病床数	増減(1:増、2:減)		①新入院患者数	②転床患者数	③退院患者数	④転床患者数	体制	病床数	
一般	150床	床	年 月	床		54,750床	45,555人	2,185人	2,029人	161人	15人	5	1
療養	90床	5床	2017年 7月	10床	2	33,760床	33,333人	5人	150人	150人	15人		
精神	床	床	年 月	床		0床	人	人	人	人	人		
結核	床	床	年 月	床		0床	人	人	人	人	人		
感染症	床	床	年 月	床		0床	人	人	人	人	人		
合計	240床	5床				88,510床	78,888人	2,366人	2,355人				

医療法第7条の区分ごとに記入してください。

一致するように記入してください。

「①新入院患者数/退院患者数」は新たに入院手続きをした患者・退院手続きをした患者をいい、入院してその日のうちに退院した患者も含みます。

入院基本料、特定入院料を算定する病棟、介護保険適用病棟として地方社会保険事務局長または都道府県知事に届出を行っている病棟ごとに1年間の在院患者延数を記入してください。
※算定入院基本料に変更が生じた場合は、変更前後それぞれの1年間の在院患者延数を記入してください。

入院基本情報の区分の詳細を<基本診療料届出項目名>ごとに記入してください。各区分ごとの再掲の合計が必ず「2.利用状況」と一致するように記入してください。（該当する病棟が無い場合は全て「その他」へ記入してください。）

区分	項目名	病床数	入院基本料等別在院患者延数	入院診療収益	区分	項目名	病床数	入院基本料等別在院患者延数	入院診療収益	区分	項目名	病床数	入院基本料等別在院患者延数	入院診療収益		
一般	一般入院10対1	100床	29,000人	957,123,450円	療養					精神						
		床	人	円								回1	床	人	円	
		床	人	円								その他	床	人	円	
		床	人	円								小計	0床	0人	0円	
		床	人	円								結核	床	人	円	
		床	人	円								感染症	床	人	円	
		床	人	円								合計	235床	78,888人	1,898,974,320円	
		床	人	円												
		床	人	円												
		床	人	円												
	回1	50床	16,555人	408,908,550円												
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	小計	150床	45,555人	1,366,032,000円												
療養	療養入院1	50床	16,425人	275,940,660円												
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	介護療養病棟	35床	16,908人	257,001,660円												
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	小計	85床	33,333人	532,942,320円												
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													
	床	人	円													

○入院診療収益には、入院基本料等別在院患者延数に対する入院診療収益を記入してください。
※診療報酬請求書の医療行為の総額と、室料差額を除く保険外の患者負担分を含む収入の総額に値します。

「2. 利用状況」の新入院患者数および退院患者数と一致するように記入してください。
※項目対象外の場合はすべてその他に記入してください。

3. 入退院経路の状況

入院経路(件数)				退院経路(件数)				
予定外入院(即入)	紹介入院	救急	その他	家庭	介護施設	転院	死亡	その他
8	2,021	158	3	86	1,258	825	9	1

4. 在宅復帰率

一般病棟入院基本料7対1	%	地域包括ケア病棟入院料	%
回復期リハビリテーション病棟入院料1	8.0 %	回復期リハビリテーション病棟入院料2	%
療養病棟入院基本料1	8.0 %	療養病棟入院基本料2	%
介護療養型医療施設	%		

※「療養病棟入院基本料」は、在宅復帰機能強化加算を算定する病棟について記入してください。
※「介護療養型医療施設」は、在宅復帰支援機能加算を算定する病棟について記入してください。

5. 従事者の状況

非常勤職員	0 非常勤職員はいない	1 非常勤職員がいる	1
-------	-------------	------------	---

区分	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算
		常勤換算	非常勤換算			常勤換算	非常勤換算	
医師	17.8		31.0	8.7	39.5		1.0	0.5
歯科医師	2.0		2.0	0.5	4.0		2.0	0.1
薬剤師	122.8		8.0	3.2				
看護師	3.0		4.0	2.5				
准看護師								
助産師								
管理栄養士	2.0				33.0		1.0	0.5
栄養士					3.0			
診療放射線技師	4.5				0.0			
診療X線技師					0.0			
臨床検査技師	5.0				24.0		3.0	1.5
衛生検査技師					5.0		6.0	4.0
臨床工学技師	2.0							
理学療法士	39.0				303.6		58.0	21.5

「5. 従事者の状況」記入にあたって
○会計期間に拘らず10月1日の状況を記入してください。
○併設事業所(通所リハ等)と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。
○他のサービス区分の職員数と重複登録しないように記入してください。
※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください。

「6. 診療科目別1日平均患者数」記入にあたって
○1日の平均患者数は、小数点第1位を四捨五入して整数で記入してください。
○「入院」の場合は延入院患者数を暦日で除してください。
○「外来」の場合は、延外来患者数を営業日数で除してください。

6. 診療科目別1日平均患者数

診療科名	内科	精神科	神経科	神経内科	呼吸器科	消化器科	胃腸科	循環器科	小児科
入院	90				2	0	30	2	1
外来	20				0	0	0	0	0
診療科名	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心血管外科	小児外科	皮膚泌尿科
入院	5	22			51				
外来	28	0			45				
診療科名	皮膚科	泌尿器科	性病科	こう門科	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科
入院	0	6							0
外来	0	8							3
診療科名	気管食道科	リハビリ科	放射線科	麻酔科	心療内科	アレルギー科	リウマチ科	歯科	矯正歯科
入院	0	0	5						
外来	0	6	1						
診療科名	小児歯科	歯科口腔外科	その他	合計					
入院			0	213					
外来			0	292					

7. 外来

外来の実施状況	0 なし	1 あり	1
外来診療日数	294 日/365・366日		
外来患者延数	85,580		
うち新来患者数	8,600		

毎月都道府県に多提出している「病院報告(患者票)」の会計期間12ヶ月分合計を記入してください。集約方法は病院報告に準拠します。

8. リハビリテーション関係

	基準	初期加算※	早期リハビリテーション加算※	年間延実施回数	年間対象者数	年間延実施単位数
心大血管疾患リハビリテーション						
脳血管疾患等リハビリテーション	1	1		27,981	4,114	87,439
廃用症候群リハビリテーション				6,909	884	19,710
運動器リハビリテーション	1	1		24,558	5,046	62,635
呼吸器リハビリテーション				1,733	94	1,864
その他						
合計				61,181	10,138	171,648

※初期加算、早期リハビリテーション加算の算定有無について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

セラピスト(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士)の年間平均勤務日数を記入してください。

入院患者1人1日あたり平均リハビリ単位数	5 単位
セラピスト年間平均勤務日数	240 日

年度末(この事例では3月末)に届出している項目を選択してください。

会計期間末直近の入院医療等における実態調査等を参照して記入してください。

正規雇用の短時間職員は、常勤換算して記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

入院患者数は、年間の各科目別入院患者延数を暦日で除し、小数点第1位を四捨五入して記入してください。

診療科名がない場合は「その他」に記入してください。

指定通所リハビリテーション事業所(介護保険)の対象者は外来に含みませんのでご注意ください。

初診料を算定する患者の年間延数を記入してください。同一患者が異なる傷病により複数の診療科で診察を受け、カルテが複数作成された場合、各診療科の新来患者として取り扱ってください。

年間対象者数は実人数を記入してください。
【例】
利用者1人に対し、1日1回3単位のリハビリを年間100回実施し、対象利用者が100名いた場合⇒
・年間延実施回数：10,000回
・年間対象者数：100人
・年間延実施単位数：30,000単位

9. 一般病床の状況

<一般病棟入院基本料算定病床における入院期間別退院患者数>

0~1日未満	1日~7日	8日~14日	15日~18日	19日~21日	22日~24日	25日~30日	31日~
0	171	1,229	0	0	0	546	83

「2. 利用状況」の①退院患者数と一致するように記入してください。

10. 療養病床等の状況

<医療療養 医療区分・ADL区分>

療養病棟入院基本料1を計上する場合、在院患者延数			
ADL区分3	1,179人	2,694人	808人
ADL区分2	1,052人	3,578人	1,431人
ADL区分1	926人	3,199人	1,558人
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

療養病棟入院基本料2を計上する場合、在院患者延数			
ADL区分3	人	人	人
ADL区分2	人	人	人
ADL区分1	人	人	人
	医療区分1	医療区分2	医療区分3

<療養型/療養型経過型介護療養施設サービス費>

基準①	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6 (VI)	7 (VII)	8 (VIII)	9 (IX)	10 (X)	その他	年間在院患者延数
基準②	1 (i)	2 (ii)	3 (iii)	4 (iv)	5 (v)	6 (vi)	7 (vii)	8 (viii)	9 (ix)	10 (x)	その他	年間在院患者延数
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
従来型個室			135	404	1,213	1,145	470					3,368
多床室			1,024	1,485	2,977	3,044	1,633					10,173
合計	0	0	1,159	1,899	4,190	4,189	2,103					13,541

○年間在院患者延数の合計は、「会計期間内の介護保険請求（加算除く）の合計」です。実利用者数ではありませんのでご注意ください。

○認定切り替え等の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

○外泊は年間在院患者延数から減じてください。

○1日のうちに患者の入退所が有る場合は、退所者と入所者の両方を年間在院患者延数として計上してください。

<ユニット療養型/ユニット型療養型経過型介護療養施設サービス費>

基準	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6 (VI)	7 (VII)	8 (VIII)	9 (IX)	10 (X)	その他	年間在院患者延数
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
ユニット型個室			168	338	1,346	1,010	505					3,367
ユニット型準個室			0	0	0	0	0					0
合計	0	0	168	338	1,346	1,010	505					3,367

<認知症疾患型/認知症疾患型経過型介護療養施設サービス費>

基準	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6 (VI)	7 (VII)	8 (VIII)	9 (IX)	10 (X)	その他	年間在院患者延数
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
従来型個室												0
多床室												0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

<ユニット型認知症疾患型介護療養施設サービス費>

基準	1 (I)	2 (II)	3 (III)	4 (IV)	5 (V)	6 (VI)	7 (VII)	8 (VIII)	9 (IX)	10 (X)	その他	年間在院患者延数
	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他				
ユニット型個室												0
ユニット型準個室												0
合計	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

11. 精神病床の状況

<精神病棟入院基本料算定病床における入院期間別退院患者数>

0~1か月未満	1か月~3か月未満	3か月~6か月未満	6か月~9か月未満	9か月~1年未満	1年~5年未満	5年~10年未満	10年以上

<入院期間1年以上患者のその後の1年間における退院率>

_____%

<入院期間1年未満退院を除く残存率>

_____%

精神保健福祉資料（630調査）等を参照して記入してください。

<精神科作業療法>

	精神科作業療法
年間延実施回数	人
年間対象者数	人
年間延実施単位数	

救急用の自動車またはヘリコプターで搬送された患者延数を記入してください。

<集団精神療法>

	入院	通院
年間延実施回数	人	人
年間対象者数	人	人
年間延実施単位数		

人工透析の収益については、診療報酬請求の医療行為総額を記入してください。

12. その他の状況

DPCの導入	0	非該当	1	対象病	2	準備病	1	人工透析の状況	人工透析装置の台数	10
救急告示の有無	0	無	1	有	1	有	1	年間延べ実施回数	5,432	
救急医療体制	0	無	1	一次	2	二次	3	うち入院	2,987	
				三次	2			うち外来	2,445	
急性期開床(年間件数)				救急車搬送件数	511			人工透析収益	168,392,000	
				うち入院件数	382			うち入院	92,597,000	
				手術件数	1,050			うち外来	75,795,000	
検診・健診の状況	年間検診・健診件数	5,432	件	院外処方	0	無	1	全面有	2	
	検診・健診収益	119,775,600	円	医師会立開放型病院該当の有無	0	無	1	有	2	
人間ドックの状況	年間ドック件数	2,345	件							
	ドック収益	136,596,250	円							

手術件数を記入してください。手術に該当する診療報酬算定件数で輸血以外（Kコードに限る）を記入してください。複数のKコードをもつ場合は併せて1件としてください。

検診・健診、人間ドックの区分は貴院での分類で入力してください。

14. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0」無、「1」有を選択してください。

機体検査	0	滅菌消毒	0	給食業務(全面委託<労務費・食材>)	1
給食業務(一部委託)	0	患者搬送	0	医療機器の保守点検	0
医療用ガス供給設備の保守点検	0	寝具類洗濯	0	院内清掃	1
医事業務	0	会計委託業務	1	その他	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

介護老人保健施設 施設状況票(社会福祉法人)

報告コード 12345 経営単位 2 施設票番号 001

I-B②

1. 基本情報

作成担当者	福祉 太郎	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△
会計期間	(西暦) 2017 年 1 月 1 日 ~ 2017 年 12 月 31 日				
法人名または氏名	医療法人神谷町医会				
施設名	介護老人保健施設 神谷第一				
施設の所在地	〒 105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14			
開設年月日	(西暦) 1980 年 1 月 1 日	建物のうち当該事業に使用している面積	4,850 m ²		
土地の所有状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他	建物の所有状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替の竣工時期	(西暦) 年 月	
施設形態	1	1 従来型(在宅強化型以外) 2 従来型(在宅強化型) 3 介護療養型老人保健施設(在宅強化型以外) 4 介護療養型老人保健施設(在宅強化型)	介護報酬上の地域区分	1	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他
併設の状況	0	0 併設無し 1 病院併設 2 診療所併設 3 特養併設 4 ケアハウス併設 5 その他の併設	5		

2. 定員の状況

※ ↓ 下欄は変動のあった場合のみ記入してください。

区分	当会計期末の定員	当会計期間内の定員の変動 (増・減)				年間定員延数
入所定員	100 人	(西暦) 2017 年 10 月	20 人	増 / 減	1	31,040 人
(うち認知症専門棟定員)	人	(西暦) 年 月	人	増 / 減		0 人
通所定員	40 人	(西暦) 年 月	人	増 / 減		0 人

3. 利用状況

※介護予防を含む

【入所】	新入所者数	60 人	退所者数	62 人
------	-------	------	------	------

年間延べ利用者の状況	定員	ユニット数	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	延べ利用者数合計
ユニット	40	4				1,008	2,379	2,511	2,095	0	7,993
準ユニット											
従来型個室						3,641	7,789	8,063	2,212	0	21,705
多床室	60										
合計	100		0	0	0	4,649	10,168	10,574	4,307	0	29,698

在宅復帰率	29.0 %	ベッド回転率	6.7 %
-------	--------	--------	-------

入所経路(件数)				退所経路(件数)				
家庭	介護施設	医療機関	その他	家庭	介護施設	医療機関	死亡	その他
6	18	36	0	3	15	35	8	1

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

この施設状況票の事業がサテライト型小規模介護老人保健施設併設である場合は「4 その他の併設」を選択してください。

○他の施設状況票の定員数と重複登録しないようご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○通所の「年間定員延数」は、「年間営業日数」欄を記入後に反映されます。

新たに入所した利用者および退所した利用者を行い、入所してその日のうちに退所した利用者を含みます。同一者が入退所を繰り返した場合も、新入所者および退所者数に含めて記入してください。

会計期間内の直近の調査研究調査票等を参照して記入してください。

「3. 利用状況」【入所】の「新入所者数」および「退所者数」と一致するように記入してください。※項目対象外の場合はすべてその他に記入してください。

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。

○【例】
「介護老人保健施設」と「通所リハビリテーション」「短期入所療養介護」でサービス区分に分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください

○併設事業(診療所等)に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

○当該施設状況票に記載されたサービス区分についてのみ記入してください。

○年間延べ利用者数の合計は、「会計期間内の介護保険請求(介護予防を含み加算除く)の合計」です。実利用者数ではありませんのでご注意ください。

○認定切り替え等の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

○外泊や入院等は延べ利用者数から減じてください。

○1日のうちに利用者の入退所がある場合は、退所者と入所者の両方を延べ利用者として計上してください。

○短期入所を専用床ではなく空床利用で行っている場合:
・決算上明確に分かれている場合
⇒この施設状況票には空床分を記入せず、『I-D短期入所療養介護 施設状況票』に記入してください。
・決算上この施設状況票のサービス区分に合計されている場合
⇒この施設状況票の利用者として記入してください。

「4. 従事者の状況」記入にあたって

○会計期間に拘らず10月1日の状況を記入してください。

○併設事業所（通所リハ等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他のサービス区分の職員数と重複登録しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください

4. 従事者の状況

非常勤職員の状況	1 非常勤職員がいる	0 非常勤職員はいない	1
----------	------------	-------------	---

区分	非常勤			派遣職員等		
	常勤	非常勤	非常勤換算	常勤	非常勤	派遣職員等非常勤換算
医 科 医 師	1.0			言語聴覚士	1.0	
歯 科 医 師				薬 劑 師		
看護 師	3.0	3.0	0.7	管理栄養士	1.0	
准 看護 師	7.0	5.0	1.5	栄養士		
介護 職 員	32.8	4.0	2.2	調理 員		
支援相談員				その他の技術員	3.0	
介護支援専門員	1.0			事務 員	2.0	
理学療法士	3.0			その他の職員	1.0	
作業療法士	3.5	2.0	0.5	合 計	59.3	14.0 4.9 0.0

正規雇用の短時間職員は、常勤換算して記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

「5. 加算の状況」記入にあたって

○当年度について、算定実績の有無を選択してください。

○運営規程等で金額が定められている場合には、その金額を記入してください。

○段階的に複数の金額が定められている場合には、会計期間内にもっとも利用者が多かった金額を記入してください。

○定められていない場合には、平均を記入してください。

【例】
・居住費（月額）=会計期間内の居住費合計÷年間延べ利用者数

5. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

※加算の有無について、右の選択肢より選択してください。	選択肢 1 入所のみ有り		2 通所のみ有り		3 入所・通所ともに有り		0 無	
夜勤職員配置加算	3	短期集中リハビリテーション実施加算	1	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1			
認知症ケア加算	0	若年性認知症入所者受入加算	0	在宅復帰・在宅療養支援機能加算	0			
ターミナルケア加算(死亡日前4日以上30日以下)	1	ターミナルケア加算(死亡日前日及び前々日)	1	ターミナルケア加算(死亡日)	1			
療養体制維持特別加算	0	入所前後訪問指導加算(I)	1	入所前後訪問指導加算(II)	1			
退所前訪問指導加算	1	退所後訪問指導加算	1	退所時指導加算	1			
退所時情報提供加算	1	退所前連携加算	1	老人訪問看護指示加算	1			
栄養マネジメント加算	1	経口移行加算	0	経口維持加算(I)	1			
経口維持加算(II)	1	口腔衛生管理体制加算	1	口腔衛生管理加算	0			
療養食加算	3	在宅復帰支援機能加算	0	認知症専門ケア加算(I)	0			
認知症専門ケア加算(II)	0	認知症行動・心理症状緊急対応加算	0	認知症情報提供加算	1			
地域連携診療計画情報提供加算	1	サービス提供体制強化加算(I)イ	3	サービス提供体制強化加算(I)ロ	0			
サービス提供体制強化加算(II)	0	サービス提供体制強化加算(III)	0	介護職員処遇改善加算(I)	0			
介護職員処遇改善加算(II)	0	介護職員処遇改善加算(III)	0	介護職員処遇改善加算(IV)	0			

加算の実績がある場合「1」～「3」を、加算の実績が無の場合「0」を選択してください。

6. 療養室の状況

	4人室	3人室	2人室		個室	
			ユニット型	その他	ユニット型	その他
一般棟室数(室)	9	8	4		32	
認知症専門棟室数(室)						

「2人室」、「個室」については、療養室をユニットとして整備している場合は室数を「ユニット型」に記入し、それ以外を「その他」に記入してください。

7. 居住費の状況

居住費(月額)	多床室		従来型個室		ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)		ユニット型個室(夫婦等の2人室を含む)	
	500円	円	円	円	円	円	1,500円	

8. 食費の状況

施設が定める基本的な金額を月額で記入してください。	1,200
なお、基本的な金額が複数ある場合は、利用者の最も多い額を記入してください。	円

9. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(全面委託<労務費+食材>)		給食業務(一部委託)		清掃	
洗濯	0	宿直	0	送迎	0
労務委託業務	0	会計委託業務	1	その他	1

公認会計士等への委託(決算業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

社会保険労務士等への委託(年末調整業務等)を行っている場合は「1 有」を選択してください。

通所リハビリテーション 施設状況票

I-C

顧客コード	経営単位	施設票番号
12345	2	003

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○他のサービス区分の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○通所の「年間定員延数」は、「年間営業日数」欄を記入後に反映されます。

○営業時間帯が複数ある場合には、それぞれ最も長い時間帯を記入してください。

○営業を行っていない場合は、「00:00~00:00」としてください。

○この施設状況票に記載されたサービス区分についてのみ記入してください。

○年間延べ利用者数の合計は、「会計期間内の介護保険請求（加算除く）の合計」です。実利用者数ではありませんのでご注意ください。

○認定切り替え等の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

1. 基本情報

作成担当者	福祉 太郎	電話番号	03-3438-XXXX	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間	(西暦) 2017 年 4 月 1 日 ~ 2018 年 3 月 31 日				
法人名	社会福祉法人かみや				
施設名	通所リハビリテーションかみや				
施設の所在地	〒 105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14			
開設年月日	(西暦) 1980 年 1 月 1 日	建物のうち当該事業に使用している面積	490 m ²		
土地の所有状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他	建物の所有状況	3	1 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替竣工時期	(西暦) 年 月	
併設の状況	0 併設無し 1 病院併設 2 診療所併設 3 特養併設型 4 ケアハウス併設 5 その他の併設		5	介護報酬上の地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他 1

2. 利用状況 ※介護予防を含む

※ ↓ 下欄は変動のあった場合のみ記入してください。

区分	当会計期末の定員	当会計期間内の定員の変動 (増:1 減:2 ↓)	年間定員延数
定員	40 人 (西暦) 2017 年 6 月	5 人 増 / 減 1	9,750 人

年間営業日数	260 日
--------	-------

提供時間	平日 08 : 00 ~ 16 : 00	土曜 08 : 00 ~ 16 : 00	日・祝祭日 00 : 00 ~ 00 : 00
------	----------------------	----------------------	-------------------------

年間延べ利用者の状況	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	延べ利用者数合計
	119	166	2,983	1,984	2,079	570	284	0	8,185

年間登録者数	103 人
年間延実実施単位数	4,249
年間収益	48,052,447 円

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。

○【例】
「介護老人保健施設」、「通所リハビリテーション」、「短期入所療養介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認可申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（診療所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP.21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「年間登録者数」は会計期間を通じた登録者数を記入してください。

【例】
利用者1人に対し、1日1回3単位のリハビリを年間100回実施し、対象利用者が50名いた場合⇒
・「年間登録者数」：50名
・「年間延実実施単位数」：15,000単位

「3. 従事者の状況」記入にあたって

○会計期間に拘らず10月1日の状況を記入してください。

○併設事業所（通所リハ等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員と重複登録しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください

3. 従事者の状況

非常勤職員の状況	0 非常勤職員はいない	1 非常勤職員がいる	1
----------	-------------	------------	---

区分	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算
		常勤換算	非常勤換算			常勤換算	非常勤換算	
医師	1.0							
歯科医師								
看護師					0.5			
准看護師					0.5			
介護職員	2.0	5.0	2.5					
支援相談員								
介護支援専門員						5.0	3.0	
理学療法士	3.0					2.0	1.5	
作業療法士								
言語聴覚士								
薬剤師								
栄養士								
調理員								
その他の技術員								
事務員								
その他								
合計	7.0	12.0	7.0	0.0				

正規雇用の短時間職員は、常勤換算して記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

「4. 加算の状況」記入にあたって

○当年度について、算定実績の有無を選択してください。

4. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

理学療法士等体制強化加算	0	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	0	リハビリテーションマネジメント加算(Ⅰ)	1
リハビリテーションマネジメント加算(Ⅱ)	1	短期集中個別リハビリテーション実施加算	1	認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅰ)	0
認知症短期集中リハビリテーション実施加算(Ⅱ)	0	生活行為向上リハビリテーション実施加算	0	若年性認知症利用者受入加算	0
栄養改善加算	1	口腔機能向上加算	0	重度療養管理加算	0
中重度者ケア体制加算	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	1
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0		

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1有」を選択してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(全面委託<労務費+食材>)	1	給食業務(一部委託)	0	清掃	1
洗濯	0	宿直	0	送迎	0
労務委託業務	0	会計委託業務	1	その他	0

短期入所療養介護 施設状況票

I-D

顧客コード	拠点コード	施設票番号
12345	003	005

この施設状況票の施設・事業を行っている専有面積部分の所有状況を選択してください。

○他のサービス区分の定員数と重複登録しないようにご注意ください。

○複数回の定員変更があった場合には、直近の定員変更数を記入してください。

○この施設状況票に記載された決算区分についてのみ記入してください。

○年間延べ利用者数の合計は、「会計期間内の介護保険請求（介護予防を含み加算除く）の合計」です。実利用者数ではありませんのでご注意ください。

○認定切り替え等の理由で介護度別に記入できない利用者は「その他」に記入してください。

○外泊や入院等は延べ利用者数から減じてください。

○1日のうちに利用者の入退所がある場合は、退所者と入所者の両方を延べ利用者として計上してください。

○短期入所を専用床ではなく空床利用で行っている場合：
・決算上明確に分かれている場合
⇒この施設状況票に記入してください。

・決算上この施設状況票の決算区分が合計されている場合
⇒合計されている施設状況票の利用者として記入してください。

1. 基本情報

作成担当者	福祉 太郎	電話番号	03-3438-xxxx	FAX番号	03-3438-△△△△
会計期間	(西暦) 2017 年 1 月 1 日 ~ 2017 年 12 月 31 日				
法人名	医療法人神谷町医会				
施設名	ショートステイ 神谷第一				
施設の所在地	〒 105-0001	東京都港区虎ノ門4-3-14			
開設年月日	(西暦) 1980 年 1 月 1 日	建物のうち当該事業に使用している面積	551 m ²		
土地の所有状況	2	1 法人所有 2 借地 3 一部借地 4 その他	建物の所有状況	3 法人所有 2 賃借 3 一部賃借 4 その他	
建物の全面建替状況	0	0 無 1 有	全面建替竣工時期	(西暦) 年 月	
施設形態	0 併設無し 1 病院併設 2 診療所併設 3 特養併設型 4 ケアハウス併設 5 その他の併設		1 介護報酬上の地域区分	①1級地 ②2級地 ③3級地 ④4級地 ⑤5級地 ⑥6級地 ⑦7級地 ⑧その他	1

2. 利用状況 ※介護予防を含む

※ ↓ 下欄は変動のあった場合のみ記入してください。

区分	当会計期末の定員	当会計期間内の定員の変動 (増:1 減:2 ↓)	年間定員延数
定員	4 人 (西暦) 年 月 日	人 増 / 減	1,460 人

新入所者数	260 人	退所者数	260 人
-------	-------	------	-------

年間延べ利用者の状況	定員	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	延べ利用者数合計
	ユニット									
準ユニット										
従来型個室		0	78	418	228	291	285			1,300
多床室	4									
合計	4	0	78	418	228	291	285	0	0	1,300

「施設状況票」記入にあたって

○「財務諸表等入力シート」のサービス区分毎に作成してください。

○【例】
「介護老人保健施設」、「通所リハビリテーション」、「短期入所療養介護」でサービス区分が分かれている場合は、それぞれについて、施設状況票を作成してください。

○この施設状況票の事業に使用している部分のみ記入してください。
※認申申請書、変更届等を参照してください。

○併設事業（居宅介護支援事業所等）に使用している部分は含みません。

○共有部分については、按分して記入してください。
※詳細はP21の「建物の床面積について」をご参照ください。

「3. 従事者の状況」記入にあたって

○会計期間に拘らず10月1日の状況を記入してください。

○併設事業所（通所リハ等）と兼務または他の職種と兼務している職員がいる場合、職員数は按分して記入してください。

○他の施設・事業の職員と重複登録しないように記入してください。

※詳細はP.20の「職員の按分について」をご参照ください

「4. 加算の状況」記入にあたって

○当年度について、算定実績の有無を選択してください。

3. 従事者の状況

非常勤職員の状況	0 非常勤職員は いない	1 非常勤職員が いる	1
----------	-----------------	----------------	---

区分	非常勤		派遣職員等 常勤換算	常勤	非常勤		派遣職員等 常勤換算
	常勤	常勤換算			常勤換算	常勤換算	
医師	1.0						
歯科医師	1.0						
看護師	1.0	3.0	0.8				
准看護師							
介護職員							
支援相談員							
介護支援専門員							
理学療法士							
作業療法士							
言語聴覚士							
薬剤師							
管理栄養士							
栄養士							
調理員							
その他の技術員							
事務員							
その他							
計	3.0	3.0	0.8				0.0

正規雇用の短時間職員は、常勤換算して記入してください。

給食業務を全面委託している場合は、「調理員」に人数を計上しないようご注意ください。

4. 加算の状況 ※当年度の算定実績について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

夜勤職員配置加算	0	個別リハビリテーション実施加算	1	認知症ケア加算	0
認知症行動・心理症状緊急対応加算	0	緊急短期入所受入加算	0	若年性認知症利用者受入加算	0
重度療養管理加算	0	療養体制維持特別加算	0	療養食加算	1
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)イ	0	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)ロ	1	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	0
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	0	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1	介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	0
介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	0	介護職員処遇改善加算(Ⅳ)	0		

社会保険労務士等への委託（年末調整業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

5. 委託の状況 ※当年度の委託状況について、「0 無」、「1 有」を選択してください。

給食業務(全面委託<労務費+食材>)	1	給食業務(一部委託)	0	清掃	0
洗濯	0	宿直	0	送迎	0
労務委託業務	1	会計委託業務	0	その他	0

公認会計士等への委託（決算業務等）を行っている場合は「1 有」を選択してください。

IV. 事業報告書提出依頼 Q & A

毎年ご協力いただいている事業報告書の提出依頼に関しまして、主なご質問と回答をまとめましたので、ご参照ください。

1 提出依頼の趣旨と対象について

問1:なぜ、事業報告書を提出しなければならないか。

【回答】

事業報告書の提出は、お客さまと当機構との間でとり交わした金銭消費貸借契約書(特約条項)に記載されており、契約締結時にご同意いただいております。

目的は、債権管理に必要な貸付先全体および個々の施設の運営状況と資産状況等の把握するため、毎年、前年度末現在、当機構からの借入残高のあるお客さまにご提出をお願いしております。

お手数ではございますが、ご理解とご協力をお願いいたします。

問2:創設法人として平成29年4月以降に施設開設となったが、提出は必要か。

【回答】

提出は必要です。

なお、ご提出いただく様式等は次のとおりです。施設状況票の提出は不要です。

- ① 平成29年度事業報告書 I (機構指定様式)
- ② 平成29年度事業報告書 II (法人(個人)状況票)(機構指定様式)
- ③ 財務諸表等入力シート(平成29年度分)

問3:平成29年4月以降に事業譲渡を行いました但し機構に連絡していませんでした。事業報告は必要か。

【回答】

事業譲渡により債務引受が完了し、法人としての借入残高がなくなった場合は、事業報告書の提出は不要です。なお、債務引受の手続きが未了の場合、その旨を同封の「質問票」により、FAXで当機構あてお知らせいただきますようお願いいたします。

2 提出書類について

問:機構指定様式以外に、提出が必要な書類は何か。

【回答】

社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムで入力完了した財務諸表等入力シートをご提出ください。

なお、提出は、事業報告書等電子報告システムで行います。

3 機構指定様式のご提出について

(1)全般

問：事業報告書等電子報告システムで機構指定様式のアップロードがうまくできない。

【回答】

機構指定様式の入力欄には、マクロや関数式等が組まれています。入力欄にコピー＆ペーストをすると、マクロや関数式が破損し、様式が正常に保存されないため、アップロードができなくなる場合があります。

お手数ですが、再度、様式をダウンロードして、コピー＆ペーストではなく直接入力をお願いします。なお、再度、様式をダウンロードしてもアップロードができない場合は、紙媒体で提出(138ページの「5 問3」参照)してください。

(2)「平成29年度事業報告書 I」(機構指定様式)

問 1:法人、保証人および担保物件に変更が生じた場合、変更の手続きは必要か。

【回答】

事業報告書とは別に変更の手続きが必要です。

法人名、法人住所、施設名、施設住所、代表者、保証人が変更になった場合および担保物件に変更が生じた場合は、本書記載の「V.代表者及び保証人の変更手続きについて」をご参照のうえ、必要書類をご提出ください。機構に登録している情報に変更が生じる場合は、お手数ですが顧客業務部顧客業務課あてお問い合わせください。なお、すでに変更にかかる届出をご提出いただいている場合は、再度のご提出は必要ありません。

顧客業務部顧客業務課 TEL 03-3438-9939

問 2:組織の合併、融資対象施設の休・廃止が生じる場合はどこに記入すればよいか。

【回答】

変動状況の該当の有無欄にチェックを入れるとともに、自由記述欄にその内容を記載してください。別途手続きが必要となりますので、お手数ですが顧客業務部顧客業務課あてお問い合わせください。

顧客業務部顧客業務課 TEL 03-3438-9939

問 3:介護療養病床の転換等用途を変更した場合(する場合)はどこに記入すればよいか。

【回答】

自由記述欄にその内容を記載してください。別途手続きが必要となりますので、お手数ですが顧客業務部顧客業務課あてお問い合わせください。

顧客業務部顧客業務課 TEL 03-3438-9939

(3)「平成29年度事業報告書Ⅱ(法人(個人)状況票)」(機構指定様式)

問:従事者数の記入方法を教えてください。

【回答】

平成29年10月1日時点で在籍した常勤職員および非常勤職員数(常勤換算後)の合計を記入して下さい。

- 「常勤職員」とは、雇用期間に定めがなく、就業規則上の勤務時間、俸給表が適用される職員です。決算書上では「人件費:職員給与・職員賞与」で整理されます。ただし「短時間正社員」は「常勤職員」にあたりますのでご注意ください。
- 「非常勤職員」には、いわゆる「パートタイマー」「日給・月給職員」などが該当します。また、決算書上では「人件費:非常勤職員給与」で整理されます。非常勤職員は、常勤換算数をご記入ください。
- 詳細は、14頁の「事業報告書Ⅱ記入例」をご参照ください。

(4)施設状況票(機構指定様式)

問1:施設状況票の提出対象となる施設を確認したい。

【回答】

当機構の融資対象か否かに関わらず、決算期末時点において開設から1年以上経過した次の施設・事業についてご記入ください。なお、施設状況票様式を設けていない施設・事業については、提出不要です。

【提出対象施設】

高齢者福祉サービス	障害福祉サービス	児童福祉サービス	医療系サービス
特別養護老人ホーム	居宅介護・重度訪問介護	保育所・小規模保育事業	病院
ケアハウス(一般)	同行援護・行動援護	認定こども園	介護老人保健施設
ケアハウス(特定)	療養介護	児童養護施設	通所リハビリテーション
短期入所	生活介護	乳児院	短期入所療養介護
一般形老人デイサービス	自立訓練・宿泊型自立訓練	/	/
認知症対応型老人デイサービス	就労移行支援		
認知症高齢者グループホーム	就労継続支援 A 型		
小規模多機能型居宅介護	就労継続支援 B 型		
訪問介護	計画相談支援・地域移行支援・定着支援		
夜間対応型訪問介護	共同生活援助		
訪問看護	福祉型障害児入所施設		
定期巡回・随時対応型訪問看護	施設入所支援		
看護小規模多機能型居宅介護	短期入所施設(福祉型・医療型)		
訪問入浴介護	医療型障害児入所施設		
地域包括支援センター	児童発達支援		
居宅介護支援事業所	医療型児童発達支援		
養護老人ホーム(一般)	放課後等デイサービス		
養護老人ホーム(特定)	保育所訪問支援		

【提出不要施設・事業例】

救護施設、一般診療所、歯科診療所、看護専門学校、福祉専門学校、有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅、生活支援ハウス、夜間保育所、認証・認定保育所、無認可保育所 等

問2: 問1に関連して、救護施設を経営する法人の場合、事業報告自体は不要か。

【回答】

前述のとおり、一部の施設・事業については施設状況票の作成は不要となりますが、事業報告自体は必要となります。具体的には次のとおりです。

【施設状況票様式が不要な場合の主たる提出書類】

- ・事業報告書Ⅰ
- ・事業報告書Ⅱ(法人(個人)状況票)
- ・社会福祉法人の財務諸表等電子開示システムで作成した財務諸表等入力シート

問3: 従事者数はいつの時点を記入するのか。

【回答】

平成29年10月1日時点で在籍した常勤職員および非常勤職員数(常勤換算後)の合計を記入して下さい。

- 「常勤職員」とは、雇用期間に定めがなく、就業規則上の勤務時間、俸給表が適用される職員です。決算書上では「人件費:職員給与・職員賞与」で整理されます。ただし「短時間正社員」は「常勤職員」にあたりますのでご注意ください。
- 「非常勤職員」には、いわゆる「パートタイマー」「日給・月給職員」などが該当します。また、決算書上では「人件費:非常勤職員給与」で整理されます。非常勤職員は、常勤換算数をご記入ください。
- 詳細は、14頁の「事業報告書Ⅱ記入例」をご参照ください。

4 事業報告書等電子報告システムについて

問1: 社会福祉施設職員等退職手当共済用として運用している「掛金届電子届出システム」で取得している「ID」「パスワード」をそのまま利用できるか。

【回答】

掛金届電子届出システムで取得しているID・パスワードは、事業報告書等電子報告システムでは利用できません。事業報告書等電子報告システム専用のBVCからはじまるIDが必要です。

問2: 事業報告書等電子報告システムのID・パスワードを忘れた場合はどのような手続きをとればよいか。

【回答】

IDについては、事業報告書の提出依頼一式に同封している「事業報告用・顧客コードシール」右上に記載しておりますのでご確認ください。なお、パスワードが不明な場合は、同封の「事業報告書等電子報告システム ログイン・操作マニュアル」を参考に、パスワードのリセット手続きを行ってください。

問3:事業報告書等電子報告システムを利用したが、決算報告書一式をスキャンしてシステムにアップロードしたのち、別途郵送で提出する必要があるか。

【回答】

事業報告書等電子報告システムに決算書一式をアップロードしている場合は、郵送による提出は不要です。

5 その他

問1:事業報告書・施設状況票等の様式集が同封されていない。

【回答】

様式集は同封しておりません。

同封の冊子「事業報告書等電子報告システム ログイン・操作マニュアル」をご覧のうえ、事業報告書等電子報告システムから様式をダウンロードしてください。

問2:事業報告書等電子報告システムを利用する以外に、様式の電子ファイルは手に入らないのか。

【回答】

事業報告書等電子報告システムのみとさせていただきます。事業報告書等電子報告システムは、通信を暗号化して行う仕組みであり、お客さまのデータの安全確保を図っております。

ご理解いただくとともに、何とぞシステムのご利用・ご活用をいただきますようお願いいたします。

問3:(システムのアップロードができない場合であって)事業報告書を機構あてに送付する場合の発送方法について教えてほしい。

【回答】

システムご利用が前提となりますが、なんらかの理由によりアップロードができない場合は、次の手順で郵送してください。紛失・未着等のないようにお願いします。

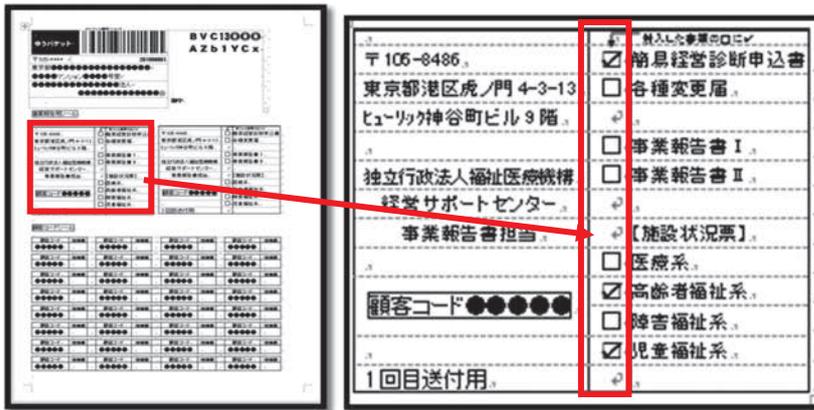
①「事業報告書等郵送提出書類チェックリスト」を作成してください。

The image shows three forms used for document submission. The first is a checklist with red boxes highlighting specific items. The second is a list of documents to be mailed, with red boxes around the 'Facility Status Report' and 'Others' sections. The third is a list of facility names to be entered, with red boxes around the 'Facility Name' column and a red box around the 'S-G2' entry.

<input type="checkbox"/> 事業報告書Ⅰ	<input type="checkbox"/> 事業報告書Ⅱ(法人(個人)状況票)	<input checked="" type="checkbox"/> 施設状況票	その他提出書類
---------------------------------	--	---	---------

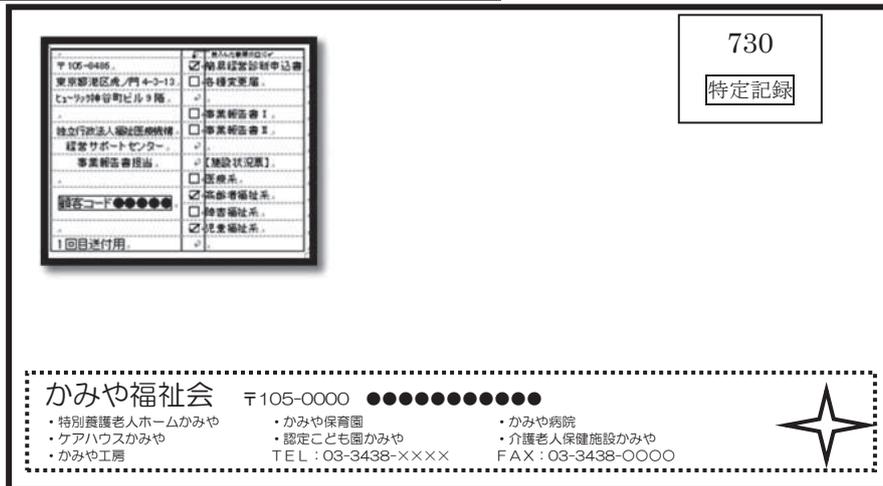
様式記号	郵送提出する施設名称
K-A	特別養護老人ホームかみや
K-B②	ケアハウスかみや
K-G	訪問介護事業所かみや
S-G②	かみや工房
J-A	かみや保育園
J-B	幼保連携型認定こども園かみや
I-A②	かみや病院
I-B②	介護老人保健施設かみや

②事業報告書一式が郵送された際、法人住所が印刷されていたシール紙の「事業報告用シール」で、郵送する書類の口に✓をいれてください。



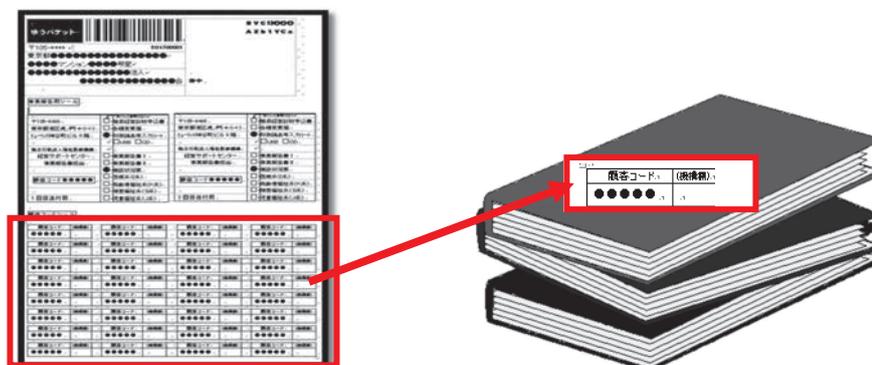
③「事業報告用シール」を返送封筒に貼付してください。

※宅配便等を利用するため、伝票に「事業報告用シール」が貼付できない場合には、封筒のどこでも結構ですので、必ず「事業報告用シール」を貼付してください。



④ 各機構様式および決算書に1枚「顧客コードシール」を貼付してください。

複数枚にわたる施設状況票は、ホチキス等で纏め、顧客コードが印字されていない場合には必ず「顧客コードシール」を貼付してください。



◆ **提出先** ※「事業報告用シール」をご利用いただくと便利です。

〒105-8486

東京都港区虎ノ門4-3-13 ヒューリック神谷町ビル9階

独立行政法人福祉医療機構

経営サポートセンター

事業報告書担当

問4: (やむを得ず郵送する場合)顧客コードシールが足りない場合の対応を教えてください。

【回答】

複数施設を開設されている場合は、施設状況票に顧客コードシール貼付後に状況票を複写のうえ
ご使用ください。

シールを失くした場合は、機構送付用シールに記載されている5桁の顧客コードを記入してください。
なお、顧客コードがご不明の場合は、ヘルプデスク(0570-012-311)までご連絡ください。

V. 代表者および保証人等の変更手続きについて

「平成29年事業報告書」の報告項目のうち、以下の項目について変更があった場合、以下の【手続き方法】に従い、手続きを行ってください。

- ☞ 名称(氏名)、住所、法人の代表者……………【手続き方法】1 参照
- ☞ 融資対象施設の名称、住所の変更……………【手続き方法】2 参照
- ☞ 電話番号／FAX番号の変更……………【手続き方法】2 参照
- ☞ 連帯保証人の変更……………【手続き方法】3 参照

※ 既に機構への手続きを行っている場合は、必要ございません。

※ 平成29年度中に変更があった事項に限らず、現状において機構への申請・届出内容等に変更が生じている場合については、手続きをお取りください。

※ 担保物件について変動があった場合については、別途、顧客業務部顧客業務課あてお問い合わせください。

【手続き方法】

1 名称(氏名)、住所、法人の代表者の変更

次の書類を提出してください。

- 名称等変更届(別添)
- 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書)※ 写し可

[注] 1. 名称等変更届の記入方法は、別添「名称等変更届(記載注意)」をご参照ください。

[注] 2. 法人の代表者の変更であって、代表者が連帯保証人となっているお借入の場合については、別途、連帯保証人の変更の手続きが必要となりますので、「3.連帯保証人の変更」の手続きを併せてお願いします。

2 融資対象施設の名称、住所の変更／電話番号／FAX番号の変更

次の書類を提出してください。

- 名称等変更届(別添)

[注] 施設の情報(住所・電話番号等)を変更する場合は、施設名もご記入ください。

3 連帯保証人の変更

次の書類を提出してください。

なお、機構の担当者から電話にて照会させていただきますので、担当者名および連絡先を明記してください。

- 貸付条件変更承認申請書(別添)
- 連帯保証人承諾書(別添)
※自署のうえ印鑑登録している実印を押印ください。

- 変更事項に関する理事会の議事録
- 印鑑証明書(新たに保証人になれる方のみ)

※発行後3か月以内のもの。借入者及び継続される保証人の方については、別途ご提出を依頼いたします。

[注] 1. 貸付条件変更承認申請書および連帯保証人承諾書の記入方法は、別添「貸付条件変更承認申請書(記載注意)」および「連帯保証人承諾書(記載注意)」をご参照ください。

[注] 2. 法人の場合であって、連帯保証人を立ててのお借入の場合については、代表者が原則として連帯保証人に加入していただくことになっています。

※ 上記以外に、内容確認等に必要な書類がある場合には、別途ご連絡いたします。

【お問い合わせ先】

〒105-8486

東京都港区虎ノ門四丁目3番13号 ヒューリック神谷町ビル9F

独立行政法人 福祉医療機構 顧客業務部顧客業務課

TEL 03-3438-9939

名称等変更届

貸付番号	
------	--

変更前 <small>※変更箇所をご記入下さい</small>	法人名※必須		法人名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	施設名※必須		施設名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	○代表者情報				
	代表者名		代表者名(カナ)		
	役 職		生年月日		
	○その他(償還元金利等払込案内送付先)				
	郵便番号		住 所		
	電話番号				

変更後 (必須) <small>※変更箇所をご記入下さい</small>	法人名		法人名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	施設名		施設名(カナ)		
	郵便番号		住 所		
	電話番号		FAX番号		
	○代表者情報				
	代表者名		代表者名(カナ)		
	役 職		生年月日		
	○その他(償還元金利等払込案内送付先)				
	郵便番号		住 所		
	電話番号				

変更事由	
<p>上記内容について変更したので、関係書類を添えてお届けします。</p> <p>〇〇 年 〇〇月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">住 所 名 称 または氏名 代表者</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>独立行政法人福祉医療機構 理事長 様</p>	

(注) 法人の場合、「名称」、「住所」、「代表者」が変更した場合は、必ず次の資料を添付してください。

1. 法人の登記簿謄本

なお、代表者に変更があった場合は、別途保証人の変更が生じる場合がありますので、機構の指示に従ってください。

(内容照会先) 担当者名		電話番号	
--------------	--	------	--

年 月 日

独立行政法人福祉医療機構理事長 様

住 所

名 称
代表者 又は氏名

実印

貸付条件変更承認申請書

下記のとおり貸付条件を変更願いたく申請します。

貸付番号			
資金種類	資金	資金	資金
貸付契約年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
借入(内定)額	千円	千円	千円
借入金残高	千円	千円	千円
変更事項	現在の条件	変更後の条件	
1 担保物件 2 保証人 3 その他 () ()			
変更理由			

添付書類

- 1 担保を変更する場合には、新担保物件の登記簿謄本を添付してください。
- 2 連帯保証人を変更する場合には、新連帯保証人の連帯保証人承諾書及び変更事項に関する理事会の議事録(写)を添付してください。

連帯保証人承諾書

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

記

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借 入 先	独立行政法人福祉医療機構
借 入 申 込 法 人 名	
借 入 対 象 施 設 名	
借 入 金 の 使 途	

<連帯保証人の概要>

〔フリガナ〕		
住 所 (※)	〒 -	
〔フリガナ〕		
氏 名 (※)	実印	
	〔生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日〕	
連 絡 先 (※)		
	〔電話() - () - ()〕	
借 入 申 込 法 人 と の 関 係		理 事 長 と の 関 係

注(※)欄は必ず承諾者本人が署名のうえ、実印を捺印してください。

福祉貸付版記載注意

連帯保証人承諾書

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

記入が完了した日をご記入ください。

私は、下記債務について、保証人不要制度(一定利率を上乗せすることで連帯保証人を不要とする制度(融資実行後は、保証人不要制度から保証人制度への変更は不可。))、または保証人制度が選択できることを了解したうえで、自発的に連帯保証人の申出を行い、連帯保証人に加入することを承諾いたします。

あわせて、当該債務に係る独立行政法人福祉医療機構の融資審査、契約および債権管理業務に限り私の個人情報を取り扱うことに同意します。

記

<連帯保証の対象となる債務の概要>

借入先	独立行政法人福祉医療機構
借入申込法人名	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 金銭消費貸借契約証書を参考にご記入ください。 お借入が複数ある場合は、並べてご記入ください。 </div>
借入対象施設名	
借入金の使途	

<連帯保証人の概要>

[フリガナ]	
住所(※)	〒 -
[フリガナ]	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 住所・氏名・生年月日・連絡先は必ず承諾者本人が署名願います。 </div>
氏名(※)	
連絡先(※)	「生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日」 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;"> 最終的な保証の意思確認をお電話にてさせていただきますので、日中連絡が取れる場所の電話番号をご記入ください。 </div> [電話 () - () - ()]
借入申込法人との関係	理事長との関係

注(※)欄は必ず承諾者本人が署名のうえ、実印を捺印してください。

Make a vision together

簡易経営診断のごあんない

独立行政法人福祉医療機構では、施設・法人の経営状況を的確に把握するための手軽なツールとして、簡易経営診断をご用意しております。お客さま内部でのご説明資料として、また、今後の事業計画を立てるうえでの指針として役立てるなど、さまざまな用途にご利用いただけます。

Point① お客さまの施設と全国のデータとの比較による診断です！

お客さまの施設・法人の経営状況について、全国のデータと比較分析を行います。

Point② 経営の課題がどこに隠れているかが一目でわかります！

詳細な指標項目まで着目し、財務情報に関する法人の課題、機能性や損益情報に関する施設・事業への課題がどこに隠れているかを浮き彫りにします。

Point③ 施設の経営状況がランキング形式で明らかになります！

一年間の経営状況について、経常増減差額比率・経常利益率からみた該当施設・事業のポジションをご確認いただけます。

対象施設

特別養護老人ホーム、ケアハウス、通所介護、認知症対応型通所介護、保育所、認定こども園、障害福祉サービス（**New** 生活介護、**New** 共同生活援助）病院、介護老人保健施設

*お申込みいただいた施設・事業の診断書には、法人全体（社会福祉法人・医療法人等）の財務診断も含まれます。

提出書類

お申込みにあたっては、次の書類をご提出いただきます。

・簡易診断申込書 ・直近1カ年の決算書一式 ・事業報告書（機構様式） ・施設状況票（機構様式）

料金

1施設 10,800円（税込）

発送時期

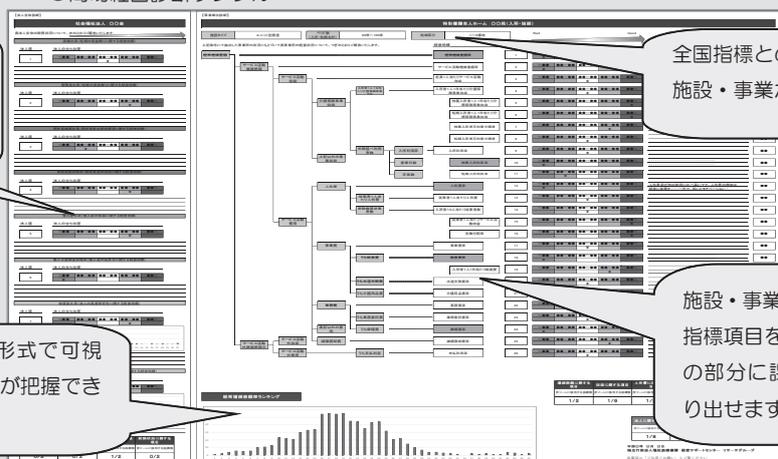
①平成29年度決算の診断 決算データ集計・分析後の11月頃から順次お届けします。

②平成28年度決算の診断 お申込みいただいてから概ね3週間程度でお届けします。

*お申込みの受付について

①については詳細が決まり次第、機構ホームページ等でお知らせいたします。②については随時受付を行っております。

○簡易経営診断サンプル



法人全体の財務状況に着目し、財務に関する課題を浮き彫りにします。

全国指標との比較により、お客さまの施設・事業が客観的に比較できます。

経営状況をランキング形式で可視化することで、立ち位置が把握できます。

施設・事業の機能性や収益・費用の指標項目を細分化しているため、どの部分に課題が見られるかをあぶり出せます。

※ 実際の診断書とは一部異なる場合があります。

WAM
独立行政法人福祉医療機構

【お問い合わせ先】

独立行政法人福祉医療機構 経営サポートセンター リサーチグループ

〒105-8486 東京都港区虎ノ門 4-3-13 ヒューリック神谷町ビル 9階

Tel 03-3438-9932 fax 03-3438-0371

簡易経営診断申込書

平成 年 月 日

独立行政法人福祉医療機構 理事長 様

住所または法人所在地 〒

開設者氏名または法人名
フリガナ
代表者

印

フリガナ

連絡担当役職者氏名 (部署・役職)

TEL () FAX ()

当法人（開設者を含む。以下同じ。）は、次の1～6の記載事項に同意し、下記のとおり簡易経営診断（有料）の申し込み（以下「本申込」という。）をいたします。

1. 当法人は、本申込後、独立行政法人福祉医療機構（以下「機構」という。）の担当者より簡易経営診断に必要な照会や追加資料等の要請があった場合に誠意をもって協力すること
2. 決算書をはじめとする各種提出資料等が、経営診断の対象となること
3. 当法人は、決算書をはじめとする各種提出した資料について、機構に返却を求めないこと
4. 当法人が、反社会的勢力および反社会勢力と密接な関係にある場合は、申し込みできず、本申込後に判明した場合は、本申込が取消しになること
(詳細は、当機構ホームページ(<http://www.wam.go.jp/hp>)「反社会的勢力に対する方針」をご覧ください。)
5. 当法人が簡易経営診断の結果を用いて行う一切の行為について、機構は、何ら責任を負うものではないこと
6. 簡易経営診断の結果により機構の新規融資等の便宜が図られるものではないこと

記

対象施設 (☑をお願いします。)	施設種類	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 保育所 <input type="checkbox"/> 認定こども園 障害福祉サービス (<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 共同生活援助) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設
	施設名	
	施設所在地	〒
診断書の送付先 (☑をお願いします。)	<input type="checkbox"/> 法人所在地 <input type="checkbox"/> 施設所在地 <input type="checkbox"/> その他 (〒)	
希望する比較対照 年度の指標 (☑をお願いします。両方をご希望される場合、それぞれ診断料金が必要になります。)	<input type="checkbox"/> 平成 28 年度決算データに基づく指標との比較を希望 機構へ本申込書が到達し次第、すみやかに診断書を送付いたします。 <input type="checkbox"/> 平成 29 年度決算データに基づく指標との比較を希望 平成 29 年度決算データ集計の都合上、診断書は、平成 30 年 11 月以降、順次送付いたします。	
添付資料	①当該施設の前年度決算書類一式 ②事業報告書③施設状況票	

※ 診断料金は、1施設につき 10,800 円となります。

【経営指導事業にかかる個人情報およびお客さま情報の取扱いについて】

当事業において、ご提供いただく個人情報およびお客さま情報は、下記の目的により利用いたします。

1. ご本人さまの確認のため
2. 経営指導に関する資料作成のため
3. 郵便等による機構が提供するサービスのご案内のため
4. 機構が行う市場調査、データ分析およびアンケートの実施のほか、サービスの開発・提供のため
5. ご質問・お問い合わせ、機構からの照会その他の業務を適切かつ円滑に履行するため

※ 個人情報およびお客さま情報の取得については、業務遂行のために取得するほか、機構業務中でお客さまサービスの向上のために使用することがあります。また、業務上知り得た個人情報およびお客さまに関する情報は、漏洩防止に努めて適切に管理し、機構が定める期間経過後に焼却等により破棄しております。

詳細は、福祉医療機構ホームページ (<http://www.wam.go.jp/hp>)「顧客情報の取扱いについて」をご覧ください。

社会福祉法人用

事業報告書等郵送提出書類チェックリスト

郵送で提出する資料について、□欄に✓を付けてください。
裏面の記入要領もご参照ください。

記入例

法人名	社会福祉法人かみや	顧客コード	9	9	9	9	9
ご担当者名	福祉 太郎	電話番号	03-3438- × × × ×				

郵送された提出書類とチェックリストに相違があるときに、連絡させていただく場合があります。

郵送提出する機構様式等提出書類		施設状況票提出一覧	
□	事業報告書 I	様式記号	郵送提出する施設名称
□	事業報告書 II (法人(個人)状況票)	K-A	特別養護老人ホームかみや
☑	施設状況票	K-B②	ケアハウスかみや
注1)	郵送する場合は、施設種類番号一覧から施設種類番号を選択し施設名を記入してください。	K-G	訪問介護事業所かみや
注2)	行が足りない場合には、お手数ですが複写のうえ貼付してください	S-G②	かみや工房
その他提出書類(お申込みいただく方のみ)		J-A	かみや保育園
☑	簡易経営診断申込書	J-B	幼保連携型認定こども園かみや
		I-A②	かみや病院
		I-B②	介護老人保健施設かみや

高齢者福祉サービス

- K-A: 特別養護老人ホーム
- K-B①: ケアハウス(一般)
- K-B②: ケアハウス(特定)
- K-C: 短期入所
- K-D①: 一般型老人デイサービス
- K-D②: 認知症対応型老人デイサービス
- K-E: 認知症高齢者グループホーム
- K-F: 小規模多機能型居宅介護
- K-G: 訪問介護
- K-H: 夜間対応型訪問介護
- K-I: 訪問看護
- K-J: 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- K-K: 看護小規模多機能型居宅介護
- K-L: 訪問入浴介護
- K-M: 地域包括支援センター
- K-N: 居宅介護支援事業所
- K-O①: 養護老人ホーム
- K-O②: 養護老人ホーム(特定)

障害福祉サービス

- S-A: 居宅介護・重度訪問介護
- S-B: 同行援護・行動援護
- S-C: 療養介護
- S-D: 生活介護
- S-E: 自立訓練・宿泊型自立訓練
- S-F: 就労移行支援
- S-G①: 就労継続支援A型
- S-G②: 就労継続支援B型
- S-H: 計画相談支援・地域移行支援・地域定着支援
- S-I: 共同生活援助
- S-J①: 福祉型障害児入所
- S-J②: 施設入所支援
- S-K: 短期入所施設(福祉型・医療型)
- S-L: 医療型障害児入所施設
- S-M: 児童発達支援
- S-N: 医療型児童発達支援
- S-O: 放課後等デイサービス
- S-P: 保育所等訪問支援

医療系サービス

- I-A②: 病院(社会福祉法人用)
- I-B②: 介護老人保健施設(社会福祉法人用)
- I-C: 通所リハビリテーション
- I-D: 短期入所療養介護

児童福祉サービス

- J-A: 保育所・小規模保育事業
- J-B: 認定こども園
- J-C①: 児童養護施設
- J-C②: 乳児院

一覧から施設の様式記号を選択し、施設名称を記入してください。
行が足りない場合には、お手数ですが裏面の記入要領事項をご記入し複写のうえ記入してください。

郵送提出する変更届関係書類(各変更手続きを行われる方のみ)

□	名称等変更届	☑	法人の登記簿謄本 ※ (履歴事項全部証明書)
□	連帯保証人承諾書	☑	変更事項に関する理事会の議事録 ※
☑	貸付条件変更承認申請書	☑	印鑑証明書 ※

※ 名称等変更届または貸付条件変更承認申請書の添付書類として必要な場合があります。

FAX送付先：03-3438-0371 事業報告書ヘルプデスク 行
FAX前に「手引き」と「ログインマニュアル」をご確認ください。

お客様の住所が印刷された
シール紙でご確認ください。

質問票

ユーザーID 記入欄
BVC

※照会番号4電子報告システムのパスワード初期化を依頼する場合、
事業報告書等電子報告システムのユーザーIDの記入が必要です。

顧客コード ※5桁の数字					
法人格および法人名					
ご担当者氏名					
ご担当者電話番号					

※当機構からの回答は、原則電話にて行います。

※ご質問が多い場合は、当用紙をコピーしてご使用ください。別紙でご質問いただく場合には、**法人名・顧客コード・ご担当者氏名・連絡先電話番号・FAXを明記**してください。

照会番号	ご質問内容



照会番号	照会内容	照会にあたっての注意事項
1	事業報告書 I について	
2	事業報告書 II について	
3	施設状況票について	質問内容の最初に、必ず、『質問対象の施設種類を記入』してください。
4	電子報告システムのパスワードリセット	
5	電子報告システムの操作について	
6	その他のご照会	

提出期限：平成30年6月30日（土）
ヘルプデスク電話：0570-012-311

FAX送付先：03-3438-0371 事業報告書ヘルプデスク 行

（ミシン目から切り離してご利用ください）