様式第２号

**令和６年度えびの市通所型短期集中予防サービス事業実施企画書**

**１．応募者の基本情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **法人情報（契約書上の契約者）** | | | | | |
| 法人名 | |  | | | |
| 代表者　職・氏名 | |  | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | |
| 連絡先 | 電話・ＦＡＸ | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅメールアドレス |  | | | |
| **事業所情報（通所型短期集中サービスの実施事業者）** | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | |
| 代表者　職・氏名 | |  | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | |
| 連絡先 | 担当者　職・名 |  | | | |
| 電話・ＦＡＸ | 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅメールアドレス |  | | | |

**２．運動プログラム**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **実施事業所の概要** | | | | | | |
| (1)運動プログラムの実施日  ※適宜、行を追加すること | □ 毎週、実施曜日を固定する | | 毎週（　　　）曜日  （　　：　　）～（　　：　　） | | | |
| □ 実施曜日を固定しない | | 【詳細記入】 | | | |
| (2)加算状況  ※複数回答可 | □通所介護 | | □個別機能訓練加算(Ⅰ)  □個別機能訓練加算(Ⅱ) | | | |
| □通所型サービス（第1号通所事業） | | □運動器機能向上加算 | | | |
| □通所リハビリテーション | | □短期集中個別リハビリテーション実施加算 | | | |
| □介護予防通所リハビリテーション | | □運動器機能向上加算 | | | |
| (3)送迎可能  エリア | □市内全域　　　　　　　□一部（対象外エリア：　　　　　　　地区） | | | | | |
| **運動プログラムの概要** | | | | | | |
| (4)定員 | 一回当たり（　　　　　　　）名  一月当たり（　　　　　　　）名 | | | | | |
| (5)実施場所および機能訓練室の面積 | □ 運動プログラムと通所介護等(※1)は、同一の機能訓練室  □ 運動プログラムと通所介護等とは、異なる機能訓練室 | | | | 機能訓練室の面積（　　　　　　）㎡  ※1人当たり3㎡以上 | |
| (6)**通所**サービスの１回の流れ  ※適宜、行を追加すること | 内容 | 実施上のねらい | | 時間配分  (単位：分) | | 実施形態  （※3)の番号記入 |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (7)**訪問**サービスの１回の流れ  ※適宜、行を追加すること  ※アセスメント後のプログラム実施場所を明確にすること | 内容(※2) | | | 実施上のねらい | | 時間配分  (単位：分) | 実施形態  （※3)の番号記入 |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
|  | | |  | |  |  |
| (8)従事者  ※適宜、行を追加すること  ※資格証明書の写しを添付してください。 | 区分 | 氏名 | 生年月日 | | 資格  （職種） | 所属  (応募事業所以外に所属する場合に記入)  ※同法人の別事業所も記入 | |
| 管理者 |  |  | |  |  | |
| プログラム  立案者 |  |  | |  |  | |
| プログラム  実施者 |  |  | |  |  | |

(※1)　「通所介護等」とは、通所介護、通所型サービス（第1号通所事業）、（介護予防）通所リハビリテ

ーションのことをいう。

(※2)　《選択肢》①運動プログラムの個別指導　　②運動プログラムの集団指導　③運動プログラムと通

所介護等を合同実施