

## 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	<input type="checkbox"/> 毎週、実施曜日を固定する	毎週 ( ) 曜日 ( : ) ~ ( : )		
	<input type="checkbox"/> 実施曜日を固定しない	【詳細記入】		
(2) 加算状況 ※複数回答可	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (I) <input type="checkbox"/> 個別機能訓練加算 (II)		
	<input type="checkbox"/> 通所型サービス (第1号通所事業)	<input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 短期集中個別リハビリテーション実施加算		
<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 運動器機能向上加算			
(3) 送迎可能エリア	<input type="checkbox"/> 市内全域 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 運動プログラムと通所介護等(※1)は、 <u>同一の機能訓練室</u>		機能訓練室の面積 ( ) m <sup>2</sup> ※1人当たり3m <sup>2</sup> 以上	
	<input type="checkbox"/> 運動プログラムと通所介護等とは、 <u>異なる機能訓練室</u>			
(6) <u>通所サービス</u> 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