（様式３-４）

**法人事業実績**

**介護保険サービスの提供実績**

**１　居宅サービス・施設サービス・介護予防サービス・総合事業のサービス**

豊能町内及び近隣市町で介護保険法に基づく指定を受けてサービスを提供する事業所や施設について記入してください。

なお、事業名は介護保険法第８条・第８条の２及び第１１５条の４５の各号で規定された事業を記入（但し、福祉用具貸与・販売は除く）してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 事業所（施設）名 | 所在地 | 事業開始年月 | 本町でのサービス提供実績 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |
|  |  |  | 年　　月 | □有　□無 |

※本町でのサービス提供実績は該当するものを□→■にしてください。

**２　指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者としての実績**

　　豊能町内及び近隣市町で介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業者及び指定介護予防支援事業者として指定を受けて事業を実施している事業所について記入してください。

また、当該事業所で作成しているケアプランの件数（町外の方の数も含めて）についても記入してください（総合事業分も含みます）。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 所在地 | 事業開始年月 | ケアプラン件数 | 本町の方の  作成実績 |
|  |  | 年　　月 |  | □有　□無 |
|  |  | 年　　月 |  | □有　□無 |
|  |  | 年　　月 |  | □有　□無 |
|  |  | 年　　月 |  | □有　□無 |

**３　在宅介護支援センター及び地域包括支援センターの運営実績**

豊能町内及び近隣市町での老人福祉法に規定する在宅介護支援センター及び介護保険法に基づく地域包括支援センターの運営実績があれば記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所・センター名称 | 所在地 | 受託期間 |
|  |  | 年 　月　～　　年 　月 |
|  |  | 年 　月　～　　年 　月 |

※受託実績を証する書類（契約書等の写し）を添付

**その他の事業実績**

豊能町内及び近隣市町での一般介護予防や認知症対策に関する事業・介護保険外の高齢者福祉関連の事業などの事業実績や施設運営実績があれば記入ください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施市町名・事業の内容 | 事業所（施設）名 | 所在地 | 事業開始年月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |

**【記入にあたっての留意事項】**

　※いずれの項目も令和７年９月１日現在の状況で記入してください。

※事業所所在地は市町名・字名までの記載で可とします。

（記載例：豊能町東ときわ台１丁目２番地の６　⇒　豊能町東ときわ台）

※記入欄が不足する場合は、各記載欄を適宜増やして記入してください（別紙とする場合は、用紙はＡ４縦の用紙を使用してください）。

※近隣市町は大阪府豊中市・池田市・吹田市・高槻市・茨木市・箕面市・摂津市・島本町・能勢町・兵庫県伊丹市・宝塚市・川西市・猪名川町市の範囲とします。