様式第６号（第９条関係）

三木市訪問看護師・訪問介護員安全確保・離職防止対策事業補助金現況報告書

○事業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  | 事業所名 |  |
| サービス種類 |  | 住所 |  |
| 担当者名 |  | 連絡先 |  |

１　安全確保等の確認

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 暴力行為等を行う者の状況（利用者と同一の場合は記載不要） | 氏名 |  | 利用者との関係 |  |
| 年齢 |  | 性別 |  |
| 被保険者番号 |  | 要介護度等 |  |
| 特徴等 |  |
| 暴力行為等の状況 | 期間 | 年　月　日～　　　　年　月　日 |
|  |
| 暴力行為等の記録 |  |

２　事業者の対応等の確認

|  |  |
| --- | --- |
| 確認資料 |  |
| 記載内容 |  |
| 対応の状況 | ２人訪問加算の同意依頼 | あり　・　なし |
| その他 | あり　・　なし |

|  |  |
| --- | --- |
| 行政記入欄 |  |