（参考様式）

No.1

協　　議　　資　　料

|  |
| --- |
| **Ⅰ　サービス提供の体制について** |
| １　通院等乗降介助のサービスに従事する訪問介護員等の員数 |  |
|  |
| 　介護福祉士　　　　名（常勤　　名・非常勤　　名・登録型　　名）　実務者研修修了者　　　名（常勤　　名・非常勤　　名・登録型　　名）　初任者研修修了者　　　名（常勤　　名・非常勤　　名・登録型　　名）　　　　　計 名 |
| ２　通院等乗降介助に使用する車の台数及び車種 |  |
|  |
| 　普通車（下記以外のもの）　　　　　台（車種：　　　　　　　　　　　　　） 車いす対応　　　　　　　　　　　　台（車種： 　　 ）　寝台（ストレッチャー）対応 台（車種：　　　　　　　　　　　　　） 　　　　　　　　　　 計 　 台 |
| ３　サービス提供を予定している地域（市町村） |  |
|  |
|  |
| ４　道路運送法の許可・運賃(費用)の徴収について |  |
|  |
|  道路運送法による運送事業許可証の写しを添付　道路運送法による運送事業の運賃・料金認可証の写しを添付　その他、参考となる事項  |
| ５　移送に係る部分についての損害保険等への加入の有無 |  |
|  |
| 　□　加入済み　□　加入予定（　　年　　月　　日）　□　加入予定なし　　※加入済みの場合は、保険証書のコピーを添付すること。 |

No.2

|  |
| --- |
| **Ⅱ　市町村との連携の内容について**　 |
| １　介護予防・日常生活支援総合事業との関係について |  |
|  |
|  |
| ２　地域ケア会議その他市町村が行う取り組みに対する協力について　　（今後の予定や見込も含む） |  |
|  |
|  |
| **Ⅲ　その他** |
| ○どのような利用者を想定しているか。○居宅サービス計画（ケアプラン）の確認方法（誰がどのように行うか。）○その他協議に必要と思われる事項 |
| 　　令和　　年　　月　　日　　　　　　市町村長あて 　　 法人名　　　　　　　　　　　　　　　 事業所の所在地 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　印 管理者氏名　　　　　　　　　　　　　　　 連絡先 |

 ※その他協議に必要な資料を添付すること