（別紙Ｂ－②）

常勤職員要件確認書（中重度者ケア体制加算・認知症加算用）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（　　年　　月分）

（○をしてください）
サービス種類：通所介護　通所リハビリテーション

常勤職員が１か月に勤務すべき総時間数　　時間(ア)

事業所名（　　）

職　種	勤務形態	氏　名	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	合計（イ）	常勤換算後の人数（イ/ア≦1.0）
			＊																																
（記載例―1）			①	①	③	②	④	①	④																										
（記載例―2）			ab	ab	ab	cd	cd	e	e																										

備考1　＊欄には、当該月の曜日を記入してください。
2　届出を行う従業者について、1月分の勤務した時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。
（記載例1―勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日）
（記載例2―サービス提供時間 a 9：00～12：00、b 13：00～16：00、c 10：30～13：30、d 14：30～17：30、e 休日）
※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。
3　届出する従業者ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。
勤務形態の区分　Ａ：常勤で専従　Ｂ：常勤で兼務　Ｃ：常勤以外で専従　Ｄ：常勤以外で兼務
4　算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
5　各事業所・施設において使用している勤務割表等により、常勤職員が１か月に勤務すべき総時間数、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間、常勤換算後の人数、常勤職員要件確認表の内容が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。
6　事業所における全ての看護・介護職員（基準上必要な員数を含む）について記載してください。