

受付番号	
------	--

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書<指定事業所用>

年 月 日

名寄市長 様

所在地  
名称

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所所在地市町村番号	
-------------	--

届出者	フリガナ 名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種別		法人所轄庁			
	代表者の職・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
事業所・施設の状況	フリガナ 事業所名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業所の種類	管理者の氏名					
	管理者の住所	(郵便番号 ー ) 県 郡市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目(※変更の場合)
		訪問型サービス		1 新規 2 変更 3 終了		
				1 新規 2 変更 3 終了		
通所型サービス			1 新規 2 変更 3 終了			
			1 新規 2 変更 3 終了			
介護保険事業所番号						
医療機関コード等						
特記事項	変更前			変更後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「事業所番号」欄も記載してください。
- 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」欄、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 5 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 6 「異動項目」欄には、(別紙1)「介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 7 「特記事項」欄には、異動の状況について具体的に記載してください。
- 8 「主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の所在地」について、複数の出張所等を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての出張所等の状況について記載してください。

(別紙1-4)

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	そ の 他 該 当 す る 体 制 等			LIFEへの登録	割引
A2 訪問型サービス(独自)			特別地域加算	1 なし	2 あり	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			中山間地域等における小規模事業所加算(地域に関する状況)	1 非該当	2 該当		
			中山間地域等における小規模事業所加算(規模に関する状況)	1 非該当	2 該当		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 4 加算V	6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算I 3 加算II		
A6 通所型サービス(独自)			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員 3 介護職員	1 なし 2 あり	1 なし 2 あり
			若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり		
			生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり		
			運動器機能向上体制	1 なし	2 あり		
			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし	2 あり		
			口腔機能向上加算	1 なし	2 あり		
			選択的サービス複数実施加算	1 なし	2 あり		
			事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり		
			サービス提供体制強化加算	1 なし	5 加算I 4 加算II 6 加算III		
			生活機能向上連携加算	1 なし	3 加算I 2 加算II		
			科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり		
			介護職員処遇改善加算	1 なし 4 加算V	6 加算I 5 加算II 2 加算III 3 加算IV		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算I 3 加算II		

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表（主たる事業所の所在地以外の場所で一部実施する場合の出張所等の状況）

事業所番号												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他の該当する体制等		
A2	訪問型サービス（独自）			特別地域加算	1 なし	2 あり
				中山間地域等における小規模事業所加算（地域に関する状況）	1 非該当	2 該当
				中山間地域等における小規模事業所加算（規模に関する状況）	1 非該当	2 該当
A6	通所型サービス（独自）			職員の欠員による減算の状況	1 なし	2 看護職員 3 介護職員
				若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり
				生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり
				運動器機能向上体制	1 なし	2 あり
				栄養改善体制	1 なし	2 あり
				口腔機能向上加算	1 なし	2 あり
				事業所評価加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり
				生活機能向上連携加算	1 なし	3 加算Ⅰ 2 加算Ⅱ
				科学的介護推進体制加算	1 なし	2 あり

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

市町村長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問型サービス（独自）	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（配食／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（見守り／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（その他／定率）	%	
	%	
	%	

備考 「適用条件」欄には、当該割引率が適用される時間帯、曜日、日時について具体的に記載してください。

2 適用開始年月日 年 月 日

〔 サービス提供体制強化加算に関する届出書  
(通所型サービス) 〕

1 事業所名			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 届出項目	1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	2	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

## 5 介護職員等の状況

## (1) サービス提供体制強化加算(Ⅰ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が70%以上		有・無	
	①	介護職員の総数(常勤換算)		人
	②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)		人
	又は			
	①に占める③の割合が25%以上		有・無	
③	①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の 総数(常勤換算)	人		

## (2) サービス提供体制強化加算(Ⅱ)

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が50%以上		有・無	
	①	介護職員の総数(常勤換算)		人
	②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)		人

## (3) サービス提供体制強化加算(Ⅲ) ※介護福祉士等の状況、勤続年数の状況のうち、いずれか1つを満たすこと。

介護福祉士等の 状況	①に占める②の割合が40%以上		有・無	
	①	介護職員の総数(常勤換算)		人
	②	①のうち介護福祉士の総数(常勤換算)		人
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無	
	①	サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)		人
	②	①のうち勤続年数7年以上の者の総数(常 勤換算)		人

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。