

介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等に関する届出書

年 月 日

青梅市長 殿

所在地
名称
代表者の氏名

このことについて、関係書類（別表）を添えて次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ							
	名称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)						
	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 -)							
事業所の状況	フリガナ							
	事業所の名称							
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -)						
	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 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
	管理者の氏名							
管理者の住所	(郵便番号 -)							
届出を行う事業等	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年月日	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(独自)			1 新規 2 変更 3 終了				
	訪問型サービス(独自・定率)			1 新規 2 変更 3 終了				
	訪問型サービス(独自・定額)			1 新規 2 変更 3 終了				
	通所型サービス(独自)			1 新規 2 変更 3 終了				
	通所型サービス(独自・定率)			1 新規 2 変更 3 終了				
	通所型サービス(独自・定額)			1 新規 2 変更 3 終了				
介護保険事業所番号								
特記事項	変 更 前			変 更 後				
関係書類		別紙のとおり						
		記入者				連絡先		

- 備考
- 「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。
 - 「法人所轄庁」欄は、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入してください。
 - 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 - 「指定年月日」は新規の場合は記入不要です。
 - 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字を「○」で囲んでください。
 - 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
 - 「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。
 - 「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。

介護予防・日常生活支援総合事業費算定にかかる体制等状況一覧表

事業所番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■訪問型サービス

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	1 なし
			中山間地域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	6加算I 5加算II 2加算III		
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2加算I 3加算II		

■通所型サービス

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		
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	1 なし		
			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			2 あり	2 あり
			栄養アセスメント・栄養改善体制	1 なし	2 あり				
			口腔機能向上体制	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	6加算I 5加算II 2加算III				
			介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2加算I 3加算II				
A7 通所型サービス(独自・定率)			運動器機能向上体制	1 なし	2 あり	1 なし	1 なし		
			栄養改善体制	1 なし	2 あり				
			口腔機能向上体制	1 なし	2 あり				
備考欄									

※ 実施するサービスに○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。(変更の場合においても、変更のない項目を含め全て記載してください。)

備考 1 「割引」を「あり」と記載する場合は「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」(別紙37)を添付してください。

2 「サービス提供体制強化加算」については、「サービス提供体制強化加算に関する届出書」(別紙38)を添付してください。