

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＜指定事業者用＞

令和 年 月

生駒市長 殿

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 群市					
	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 群市					
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 ー) 県 群市					
	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 群市					
	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 ー) 県 群市					
届出を行う事業所・施設の種類の種類	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(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		別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 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の横の□
- 6 「異動項目」欄には、(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」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1－4－2)

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		その他の該当する体制等										LIFEへの登録		割引	
□ A2	訪問型サービス（独自）			高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型		□ 2 基準型								□ 1 なし	□ 1 なし			
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型		□ 2 基準型												
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）	□ 1 非該当		□ 2 該当								□ 2 あり	□ 2 あり			
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））	□ 1 非該当		□ 2 該当												
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）	□ 1 非該当		□ 2 該当												
				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												
				口腔連携強化加算	□ 1 なし		□ 2 あり												
介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし		□ 7 加算Ⅰ		□ 8 加算Ⅱ		□ 9 加算Ⅲ		□ A 加算Ⅳ										
□ 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	
				高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型		□ 2 基準型												
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型		□ 2 基準型								□ 2 あり	□ 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												
				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												
				一体的サービス提供加算	□ 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												
				介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし		□ 7 加算Ⅰ		□ 8 加算Ⅱ		□ 9 加算Ⅲ		□ A 加算Ⅳ						

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51）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14-7）を添付してください。

3 「同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供90%以上）」については、判定結果がわかる書類（「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）又はこれに準じた計算書）を添付してください。

4 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。