

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

年 月 日

墨田区長 へ

所在地
事業(開設)者
名称
代表者職・名前 印

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

介護保険事業所番号

事業所(施設)名					
事業所(施設)の所在地		〒 - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)			
出張所等の所在地		〒 - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)			
管理者	名前				
	住所	〒 -			
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(許可)年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日
	介護給付				
	訪問介護				既に実施事業には「 」を記載
	通所介護				
	予防給付				
	予防訪問介護				既に実施事業には「 」を記載
	予防通所介護				
	予防給付基準相当サービス(現行相当)				
	訪問型サービス				既に実施事業には「 」を記載
	通所型サービス			「新規 2変更 3終了」	
区独自基準によるサービス					
通所型サービスA				1新規 2変更 3終了	
変更前					
実施事業「 」、指定年月日、「(異動の区分)1新規」を囲って提出ください。					
関係書類	別添のとおりに				
届出書担当者				連絡先	

備考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」(別表)及びその他の必要書類を添付すること。

2 「出張所等の所在地」欄は、主たる事業所(施設)の所在地以外の場所で一部実施する出張所等がある場合に、適宜欄を補正して全て記入すること。

3 「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を「○」で囲むこと。

4 「実施事業」欄は該当するサービスに「○」をつけること。

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				割引	
A1 訪問型サービス（みなし） 現行相当			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり	1 なし 2 あり
			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	
			介護職員処遇改善加算	1	なし	5	加算 2 加算 3 加算 4 加算	
A2 訪問型サービス（独自） 現行相当 （H28.4.1 - 新規指定）			サービス提供責任者体制の減算	1	なし	2	あり	1 なし 2 あり
			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	
			介護職員処遇改善加算	1	なし	5	加算 2 加算 3 加算 4 加算	
A5 通所型サービス（みなし） 現行相当			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
			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	
			口腔機能向上体制	1	なし	2	あり	
			選択的サービス複数実施加算	1	なし	3	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	4	加算 イ 2 加算 ロ 3 加算	
			介護職員処遇改善加算	1	なし	5	加算 2 加算 3 加算 4 加算	
A6 通所型サービス（独自） 現行相当 （H28.4.1 - 新規指定）			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
			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	4	加算 イ 2 加算 ロ 3 加算	
			介護職員処遇改善加算	1	なし	5	加算 2 加算 3 加算 4 加算	
A7 通所型サービス（独自/定率） 区独自基準型（H29.4.1 - 新規指定）			職員の欠員による減算の状況	1	なし	2	介護職員	1 なし 2 あり

こちら（A7該当部分）を記載ください。

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。）