

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 日

盛岡市長 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・施設の名称					
	主たる事業所・施設の 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		
	管理者の氏名					
届出を行う事業所・施設 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に「○」を記入してください。
 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)

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)			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	6	加算I	5	加算II	2	加算III	3	加算IV	4	加算V														
			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	6	加算I	5	加算II	2	加算III	3	加算IV	4	加算V														
						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。