※本様式は、厚生労働省標準様式を基に、盛岡市による体裁の調整を実施したものです。

（別紙50）

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

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　　－　　） 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　　－　　） 県　　郡市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　－　　） 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　　－　　） 県　　郡市			
	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　　－　　） 県　　郡市			

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「〇」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。

※本様式は、厚生労働省標準様式を基に、盛岡市による体裁の調整を実施したものです。

（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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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）			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 □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				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		
				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 □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				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		
				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。

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	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

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）			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
				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
				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
□ 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
				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
				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
				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 「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等）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。

（別紙51）

令和　　年　　月　　日

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。

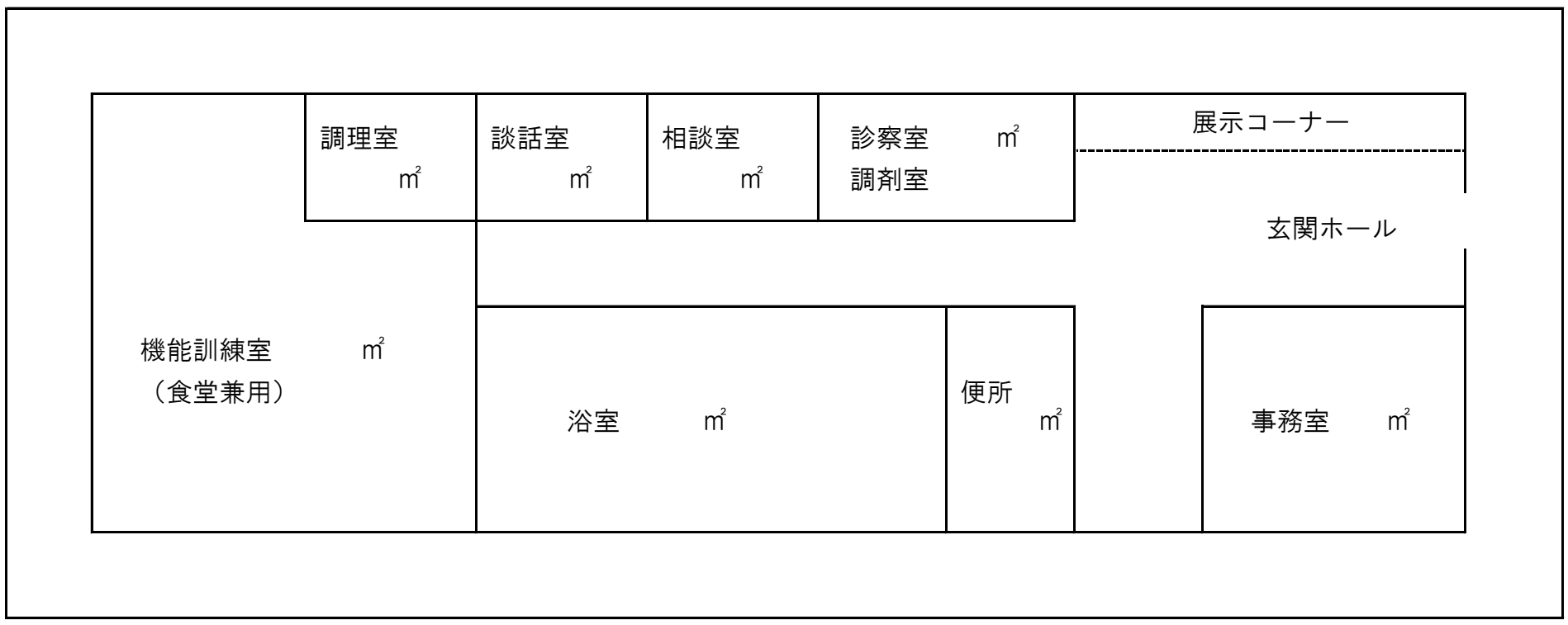
2　適用開始年月日　　＿＿＿＿＿年 ＿＿＿月＿＿＿日

（別紙６）

平面図

事業所・施設の名称	

「該当する体制等　一　」



備考1　届出に係る施設部分の用途や面積が分かるものを提出すること。

　　2　当該事業の専用部分と他との共用部分を色分けする等使用関係を分かり易く表示してください。

（別紙７）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表　（　　年　　月分）

サービス種類（　　）

事業所・施設名（　　）

「人員配置区分―　　型」又は「該当する体制等―　　」

［入所（利用）定員（見込）数等　　名］

職　種	勤務形態	氏　名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
			＊																														
（記載例―1）			①	①	③	②	④	①	④																								
（記載例―2）			ab	ab	ab	cd	cd	e	e																								
（再掲）夜勤職員	1日の夜勤の合計時間																																
	常勤換算後の人数（16h換算）																																

＜配置状況＞

看護職員：介護職員
（　　：　　）

看護師：准看護師　（日中）
（　　：　　）

看護師：准看護師　（夜間）
（　　：　　）

備考1　＊欄には、当該月の曜日を記入してください。

2　「人員配置区分」又は「該当する体制等」欄には、別紙「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる人員配置区分の類型又は該当する体制加算の内容をそのまま記載してください。

3　届出を行う従業者について、4週間分の勤務すべき時間数を記入してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記入してください。

（記載例1―勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日）

（記載例2―サービス提供時間 a 9：00～12：00、b 13：00～16：00、c 10：30～13：30、d 14：30～17：30、e 休日）

※複数単位実施の場合、その全てを記入のこと。

4　届出する従業者の職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分　A:常勤で専従　B:常勤で兼務　C:常勤以外で専従　D:常勤以外で兼務

5　常勤換算が必要なものについては、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出してください。

6　短期入所生活介護及び介護老人福祉施設について、テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）を適用する場合においては、「（再掲）夜勤職員」欄を記載してください。「１日の夜勤の合計時間」は、夜勤時間帯に属する勤務時間（休憩時間を含む）の合計数を記入してください。また、別紙７－３の「テクノロジーを導入する場合の夜間の人員配置基準（従来型）に係る届出書」を添付してください。

7　算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

8　当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

9　各事業所・施設において使用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

（別紙10）　　令和　　年　　月　　日

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

事業所名

事業所番号

１．判定期間（※）

令和　　年度　　□ 前期　　□ 後期

（※）なお、令和６年度については、前期の判定期間を4月1日から9月30日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし 、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和７年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「２．判定結果」ア、イについては、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

２．判定結果

□ 非該当　□ 該当

ア．前期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数（要支援者は含めない）		②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※１）	
3　月		人		人
4　月		人		人
5　月		人		人
6　月		人		人
7　月		人		人
8　月		人		人
合計		人		人

③割合（②÷①）		%

④90%以上である場合の理由(※２より該当する番号を記入)	

イ．後期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数（要支援者は含めない）		②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※１）	
9　月		人		人
10　月		人		人
11　月		人		人
12　月		人		人
1　月		人		人
2　月		人		人
合計		人		人

③割合（②÷①）		%

④90%以上である場合の理由(※２より該当する番号を記入)	

（※１）同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く）に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者へ提供する場合を除く

（※２）「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（平成12年３月１日老企第36号）（抄）」（以下、「留意事項通知」という。）第２の２(16)⑥二等に規定する以下のa～cのいずれか、若しくは、d「いずれにも該当しない」から当てはまるものを選択すること。
なお、a～cに該当する場合は、それぞれ要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
a：特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合
b：判定期間の一月当たりの延べ訪問回数が二百回以下であるなど事業所が小規模である場合
c：その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

備考
・本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。
・「１．判定期間」については、該当する期間を選択してください。
・「２．判定結果」については、アまたはイの算定結果を元に選択してください。
・具体的な計算方法については、留意事項通知第２の２(16)⑥ロをご参照ください。
・指定相当訪問型サービス事業所が本様式を利用する場合には、「①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数（要支援者は含めない）」を「①判定期間に指定相当訪問型サービスを提供した利用者の総数」に読み替えてください。なお、この場合の利用者には、一体的に提供している指定訪問介護の利用者は含みません。

（別紙11）

令和　　年　　月　　日

口腔連携強化加算に関する届出書

<table>
<tr><td>1 事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td>2 異動区分</td><td>□ 1 新規　　□ 2 変更　　□ 3 終了</td></tr>
<tr><td>3 施設種別</td><td>□ 1 訪問介護事業所
□ 2 （介護予防）訪問看護事業所（訪問看護ステーション）
□ 3 （介護予防）訪問リハビリテーション事業所
□ 4 （介護予防）短期入所生活介護事業所
□ 5 （介護予防）短期入所療養介護事業所
□ 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
□ 7 訪問型サービス事業所</td></tr>
<tr><td>4 歯科医療機関との連携の状況</td><td>1．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table>
2．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table>
3．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

注１　「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。
注２　「連携歯科医療機関」は１つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。
注３　「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。
※　要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

（別紙14－7）

令和　　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） □ 2　サービス提供体制強化加算（Ⅱ） □ 3　サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

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			
	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。