

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	その他の該当する体制等		
A1	訪問型サービス（みなし）			サービス提供責任者体制の減算	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
A2	訪問型サービス（独自）			サービス提供責任者体制の減算	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
A5	通所型サービス（みなし）			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
				口腔機能向上体制	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
				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

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。

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>

平成 年 月 日

杵藤地区広域市町村圏組合管理者 殿

所在地
名称 印

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 法人の種別	電話番号		FAX番号		
	代表者の職・氏名	職名	法人所轄庁	氏名		
事業所・施設の状況	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
	フリガナ 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		
届出を行う事業所・施設	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					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
届出を行う事業所・施設	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(みなし)			1新規 2変更 3終了		
	訪問型サービス(独自)			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービス(みなし)			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		
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。

サービス提供責任者体制の減算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

3 平成27年3月31日時点で、現に配置している介護職員初任者研修修了者のサービス提供責任者	氏名	氏名

4 当該訪問型サービス事業所以外の事業所であって、当該事業所に対して訪問型サービスの提供に係る支援を行うものとの密接な連携の下に運営される訪問型サービス事業所（いわゆる「サテライト事業所」）となること又はなることが計画されている。	有 . 無
移行予定年月日 年 月 日 (実施予定年月日は平成30年3月31日までの間のいずれかの日)	

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(独自))

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)イ 2 サービス提供体制強化加算(I)ロ 3 サービス提供体制強化加算(II) 4 サービス提供体制強化加算(III)

4 介護福祉士等の状況	① 介護職員の総数 (常勤換算)	△	有・無
	② ①のうち介護福祉士の総数 (常勤換算)	△	
	→①に占める②の割合が50%以上		
	→①に占める②の割合が40%以上		有・無

5 勤続年数の状況	① サービスを直接提供する者の総数 (常勤換算)	△	⇒ ①に占める ②の割合が 30%以上	有・無
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の総数 (常勤換算)	△		

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。