(別紙1)

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

|  |  |
| --- | --- |
| 茨城町長　宛 | 年　　　月　　日 |

所在地

名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　このことについて，関係書類を添えて次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　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の状況 | | フリガナ  事業所・施設の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所・施設の所在地 | | | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 |  | | | |
| 上記以外の場所で実施する場合の出張所等の  所在地 | | | | (郵便番号　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　　―　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) |
| 従来型訪問介護サービス(みなし) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | 1新規　2変更　3終了 | | |  | |  |
| 従来型訪問介護サービス(独自) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | 1新規　2変更　3終了 | | |  | |  |
| 従来型通所介護サービス(みなし) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | 1新規　2変更　3終了 | | |  | |  |
| 従来型通所介護サービス(独自) | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | 1新規　2変更　3終了 | | |  | |  |
| 事業所番号 | | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  | | | | | | | | |
| 特記事項 | 変更前 | | | | | | | | | | | | | | | | | 変更後 | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |

備考

　　1　「事業所所在地市町村番号」欄には記入しないでください。

　　2　「法人の種別」欄は，「社会福祉法人」「医療法人」「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入してください。

　　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○で囲んでください。

　　6　「異動項目」欄には，(別紙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」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　「主たる事務所の所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所等の所在地」について，複数の事業所等を有する場合は，適宜欄を補正して，全ての事業所等の状況について記載してください。

(別紙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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 記入担当者氏名および印：　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |  | 異動区分 | 1．新規　　2．変更　　3．終了 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所名： |  | 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 | | 割引 |
| A1 | 訪問型サービス(みなし)  (従来型訪問介護) |  |  | サービス提供責任者の減算 | 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　　6　加算Ⅰ　　5　加算Ⅱ　　2　加算Ⅲ　　3　加算Ⅳ　　4　加算Ⅴ |
| A2 | 訪問型サービス(独自)  (従来型訪問介護) |  |  | サービス提供責任者の減算 | 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　　6　加算Ⅰ　　5　加算Ⅱ　　2　加算Ⅲ　　3　加算Ⅳ　　4　加算Ⅴ |
| A5 | 通所型サービス(みなし)  (従来型通所介護) |  |  | 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　加算Ⅰ　　3　加算Ⅱ |
| 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Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ |
| 生活機能向上連携加算 | 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 |
| A6 | 通所型サービス(独自)  (従来型通所介護) |  |  | 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　加算Ⅰ　　3　加算Ⅱ |
| 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Ⅰイ　2　加算Ⅰロ　3　加算Ⅱ |
| 生活機能向上連携加算 | 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 |