

受付番号

年 月 日

調布市長 宛

所在地
申請者 名称
代表者

調布市介護予防・日常生活支援総合事業事業費算定に係る体制等に関する届出書

このことについて、以下のとおり関係書類を添えて届出します。

申請者	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類別				法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	フリガナ					
	事業所の名称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -)				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
届出を行う事業等	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 -)				
		(ビルの名称等)				
	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 -)				
届出を行う事業等	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定)年月日	異動項目 (※変更の場合)
	国基準訪問型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	市基準訪問型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	国基準通所型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
	市基準通所型サービス			1 新規 2 変更 3 終了		
介護保険事業所番号		(既に指定を受けている場合)				
医療機関コード等		(保険医療機関として指定を受けている場合)				
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類		別紙のとおり				
		記入者		連絡先		

備考

- 「受付番号」欄には記入しないでください。
- 「法人の種類別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄には、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。
- 「実施事業」欄には、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
- 「指定年月日」は、新規の場合、記入不要です。
- 「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。
- 「異動項目」欄には、変更の場合に別紙「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。
- 「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。
- 「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。

(参考様式10)

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											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■訪問型サービス

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 国基準訪問型サービス			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	1 なし 2 あり
			特別地域加算	1 なし	2 あり			
			中山間地域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							
A3 市基準訪問型サービス			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				

■通所型サービス

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
A6 国基準通所型サービス			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				
A7 市基準通所型サービス			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			
			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							
備考欄								

※ 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。)

〔 サービス提供体制強化加算に関する届出書
(総合事業通所型サービス) 〕

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		有・無
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。