

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

平成 年 月 日

河津町長 様

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				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	法人の種類	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	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					
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市				
事業所の種類	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)
	介護予防訪問相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所相当サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号					
	医療機関コード等					
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 「法人の種類」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、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。

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	その他該当する体制等				割引		
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	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
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	
				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 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	4 加算Ⅰイ	2 加算Ⅰロ			3 加算Ⅱ
				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