

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 日

八幡浜市長 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	(〒 - ) (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・氏名	職名		氏名		
	代表者の住所	(〒 - ) (ビルの名称等)				
事業所・施設 の状況	フリガナ 事業所・施設の名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)				
	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	(〒 - ) (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	(〒 - ) (ビルの名称等)					
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)(A2)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	訪問型サービスA(独自・定率)(A3)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービス(独自)(A6)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了		
	通所型サービスA(独自・定率)(A7)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 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」「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の横の□にチェックを入れてください。  
 6 「異動項目」欄には、「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。

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 日

八幡浜市長 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	(〒 - ) (ビルの名称等)					
	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	(〒 - ) (ビルの名称等)					
事業所・施設の状態	フリガナ 事業所・施設の名称						
	主たる事業所・施設の所在地	(〒 - ) (ビルの名称等)					
	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	(〒 - ) (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	(〒 - ) (ビルの名称等)						
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)(A2)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問型サービスA(独自・定率)(A3)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問型サービスA(独自・定額)(A4)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービス(独自)(A6)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービスA(独自・定率)(A7)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所型サービスA(独自・定額)(A8)			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 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 「法人の種類」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」「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の横の□にチェックを入れてください。  
 6 「異動項目」欄には、「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				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	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当				
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			介護職員等処遇改善加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ <input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV				<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員	<input type="checkbox"/> 3 介護職員			
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型				
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			生活機能向上グループ活動加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			一体的サービス提供加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			サービス提供体制強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 5 加算I	<input type="checkbox"/> 4 加算II <input type="checkbox"/> 6 加算III			
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算I	<input type="checkbox"/> 2 加算II			
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり				
			介護職員等処遇改善加算(利用定員19人以上)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ <input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV		<input type="checkbox"/> 1 なし			<input type="checkbox"/> 2 あり
			介護職員等処遇改善加算(利用定員19人未満)	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 7 加算Iイ <input type="checkbox"/> S 加算Iロ <input type="checkbox"/> 8 加算IIイ <input type="checkbox"/> T 加算IIロ <input type="checkbox"/> 9 加算III <input type="checkbox"/> A 加算IV		<input type="checkbox"/> 1 なし			<input type="checkbox"/> 2 あり
			AF	介護予防ケアマネジメント		介護職員等処遇改善加算			<input type="checkbox"/> 1 なし

- 備考
- 「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」を添付してください。
  - 「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」を添付してください。
  - 「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)」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」又はこれに準じた計算書等)を添付してください。
  - 「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」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										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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))	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当
			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 1 非該当	<input type="checkbox"/> 2 該当
			口腔連携強化加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 看護職員 <input type="checkbox"/> 3 介護職員
			高齢者虐待防止措置実施の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型
			業務継続計画策定の有無	<input type="checkbox"/> 1 減算型	<input type="checkbox"/> 2 基準型
			若年性認知症利用者受入加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり
			生活機能向上グループ活動加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり
			栄養アセスメント・栄養改善体制	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり
			口腔機能向上加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり
			生活機能向上連携加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 3 加算I <input type="checkbox"/> 2 加算II
			科学的介護推進体制加算	<input type="checkbox"/> 1 なし	<input type="checkbox"/> 2 あり

備考 1 この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する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。

八幡浜市長 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)	%	
	%	
	%	
介護予防ケアマネジメント	%	
	%	
	%	

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

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	<input type="checkbox"/> 1 サービス提供体制強化加算(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 2 サービス提供体制強化加算(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 3 サービス提供体制強化加算(Ⅲ)

4 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も併せて市に提出してください。

**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を選択してください。
- ・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。

口腔連携強化加算に関する届出書

1 事業所名																																	
2 異動区分	<input type="checkbox"/> 1 新規	<input type="checkbox"/> 2 変更	<input type="checkbox"/> 3 終了																														
3 施設種別	<input type="checkbox"/> 1 訪問介護事業所 <input type="checkbox"/> 2 (介護予防) 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) <input type="checkbox"/> 3 (介護予防) 訪問リハビリテーション事業所 <input type="checkbox"/> 4 (介護予防) 短期入所生活介護事業所 <input type="checkbox"/> 5 (介護予防) 短期入所療養介護事業所 <input type="checkbox"/> 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 <input type="checkbox"/> 7 訪問型サービス事業所																																
4 歯科医療機関との	<p>1. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="width: 60%; padding: 5px;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>2. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr><td style="width: 60%; padding: 5px;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table> <p>3. 連携歯科医療機関</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 60%; padding: 5px;">歯科医療機関名</td><td style="width: 40%;"></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">所在地</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科医師名</td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">歯科訪問診療料の算定の実績</td><td style="text-align: center;">年 月 日</td></tr> <tr><td style="padding: 5px;">連絡先電話番号</td><td></td></tr> </table>			歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号		歯科医療機関名		所在地		歯科医師名		歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日	連絡先電話番号	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	
歯科医療機関名																																	
所在地																																	
歯科医師名																																	
歯科訪問診療料の算定の実績	年 月 日																																
連絡先電話番号																																	

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

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

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

※ 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。

