

9. 介護給付費算定に係る体制等に関する届出（加算届）

（1）提出期限・提出先

- ◎体制等の届出については、加算等を算定する前月の15日までに提出すること。（16日以降に提出された場合は、翌々月から算定）
- ◎加算廃止の場合は、直ちに提出すること。（加算は基準に該当しなくなったときから、算定不可）
- ◎体制等の届出先は、指定申請等の提出先と同じである。（「C 指定手続等」を参照）

（2）提出書類

- ◎体制等の届出に当たっては、下記の書類を提出すること。

サービス	様式
共通	◎介護給付費算定に係る体制等に関する届出書（別紙2）
居宅療養管理指導 介護予防居宅療養管理指導	◎介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（別紙1、1-2）

- ◎上記「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に記載の届出事項に応じて、下記の書類を添付して提出すること。

届出の項目	本文参照	添付書類
特別地域加算		不要（※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要）
中山間地等における 小規模事業所加算		○中山間地域等事業所 事業所規模算出表（参考様式） ※県ホームページで対象地域に該当するか確認が必要

(別紙2)

受付番号	
------	--

介護給付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

知事 殿

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	(郵便番号 ー) 県 群市					
	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 ー) 県 群市					
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	(郵便番号 ー) 県 群市					
	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 群市					
	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 群市					
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)	
	訪問介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問入浴介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問看護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防訪問リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防居宅療養管理指導			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防通所リハビリテーション			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防短期入所生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防短期入所療養介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護予防特定施設入居者生活介護			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
介護予防福祉用具貸与			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了				
施設	介護老人福祉施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護老人保健施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護療養型医療施設			<input type="checkbox"/> 1新規 <input type="checkbox"/> 2変更 <input type="checkbox"/> 3終了			
	介護医療院			<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							
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の横の口を■にしてください。
 6 「異動項目」欄には、(別紙1, 1-2)「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目(施設等の区分、人員配置区分、その他該当する体制等、割引)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。

(別紙1、1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(居宅サービス)

記入担当者氏名	
---------	--

事業所名	
------	--

記入担当者電話番号	
-----------	--

事業所番号	3	2																
-------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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
各サービス共通			地域区分	<input type="checkbox"/> 1 1級地	<input type="checkbox"/> 6 2級地	<input type="checkbox"/> 7 3級地	<input type="checkbox"/> 2 4級地		
				<input type="checkbox"/> 3 5級地	<input type="checkbox"/> 4 6級地	<input type="checkbox"/> 9 7級地	<input checked="" type="checkbox"/> 5 その他		
<input type="checkbox"/> 31 居宅療養管理指導			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				<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				
<input type="checkbox"/> 34 介護予防居宅療養管理指導			特別地域加算	<input type="checkbox"/> 1 なし <input type="checkbox"/> 2 あり				<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				

(参考様式) 中山間地域等事業所 事業所規模算出表

サービス種類 ()
 事業所名 ()
 開設(再開)年月日 (年 月 日)
 算出表対象年度 (年度分) 加算算定年度 (年度)

対 象 月		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	計	月平均
延訪問回数 又は 実利用者数	要介護(回・人)													
	要支援(回・人)													

- 備考 1 訪問介護・(介護予防)訪問入浴介護・(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導は、延訪問回数を記載してください。
- 2 (介護予防)福祉用具貸与、居宅介護支援は、実利用者数を記載してください。
- 3 居宅サービス・介護予防サービスのいずれか一方が小規模の事業所に該当しない場合、非該当のサービスは記載を省略できます。