

平成 年 月 日

介護給付費算定に係る体制等に関する届出について

1 体制等に関する届出

介護給付費算定に係る体制に変更(減算となる場合も含む)があった場合には届出が必要です。また、加算に係る要件を満たさなくなった場合等には、速やかに加算を廃止する旨届け出て下さい。

2 適用年月日

(1) 訪問・通所サービス

届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から算定を開始します。

(2) 施設、短期入所サービス、特定施設入居者生活介護

届出が受理された日が属する月の翌月(1日である場合は当該月)から算定を開始します。

(3) 介護報酬が減少する場合は、事実の発生した日が適用年月日になります。

3 届出に必要な書類

(1) 「介護給付費算定に係る体制等に関する届出書」

(2) 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」

(3) 添付書類(各サービスの種類に応じて次の書類を添付してください。)

〔※種別欄の「居宅」とは居宅サービスのみ、「予防」とは予防サービスのみ、「共通」とは居宅・予防サービス共通の項目であることを示す。〕

項目	内容	届出期日等	
体制に関する届	・介護給付費に係る体制に変更(減算となる場合も含む)があった場合。	加算	居宅系~毎月15日までは翌月、16日以降は翌々月から算定 施設系(ショートステイ・特定含む)~届出日の翌月から算定
	・加算に係る要件を満たさなくなった場合も速やかに加算を廃止する旨届け出て下さい。	減算	速やかに提出(事実の発生日が適用年月日)

広島県知事様

住所
開設者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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。

事業所名	〒 - -	
主たる事業所の所在地	(電話番号 - -) (FAX番号 - -)	
〔事業所所在地以外 の場所で一部実施 する場所の事業所 の所在地〕	〒 - - (電話番号 - -) (FAX番号 - -)	
管理者	氏名	
	住所	〒 - -
提供サービスの種類		
指定年月日	平成 年 月 日	
事業所番号	3 4	
異動等の区分	1 新規 2 変更 3 終了	
異動年月日	平成 年 月 日	
変更前	変更後	
関係書類	別添のとおり	

- 備考1 「介護給付費算定に係る体制等状況一覧表」(別表)を参考として必要事項を記載した書類を添付すること。
- 2 「事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の事業所の所在地」について、複数の事業所を有する場合は、適宜欄を補正して、全ての事業所の状況について記載すること。
- 3 事業所番号欄は、事業所番号が通知されていない場合、空欄で構いません。
- 4 提供サービスの種類欄は、1つの事業所(事業所番号)で、複数の提供サービスがある場合、全てを記入してください。

添付書類一覧表(通所介護)

注1 種別欄の「居宅」とは居宅サービスのみ、「予防」とは予防サービスのみ、「共通」とは居宅サービスと予防サービス共通の項目であることを示しています。

注2 予防サービスと一体で行っている場合、共通の添付書類は1部(予防は省略)としてください。

注3 勤務形態一覧表は、算定月分(加算の算定の開始月)を添付してください。

注4 既存の届出項目で変更がない場合には、その項目の添付書類は不要です。

サービス種類	加算の内容等	種別	必要な添付書類
居宅系 サービス共通 (一部サービスを除く)	中山間地域等加算 (地域・規模)	共通	・中山間地域等における小規模事業所加算に係る確認書 (様式第14号)
	サービス提供体制強化加算		・サービス提供体制強化加算に関する届出書 (様式第12号)(1~5のいずれか) ・サービス提供体制強化加算に関する確認書 (様式第13号)(1~5のいずれか、訪問リハ除く)
通所介護	施設等の区分	居宅	・通所介護の算定区分確認表 [様式第6号]
	時間延長サービス体制		・運営規程(時間延長サービスについて明記)
	入浴介助体制		・浴室部分がわかる図面, 写真
	個別機能訓練体制		・勤務形態一覧表 [様式第1号-1] (機能訓練指導員の配置時間を明記) ・機能訓練指導員の資格証(写)
	若年性認知症利用者受入加算	共通	-----
	栄養改善体制		・勤務形態一覧表 [様式第1号-1] ・管理栄養士の資格証(写)
	口腔機能向上体制		・勤務形態一覧表 [様式第1号-1] ・言語聴覚士, 歯科衛生士, 看護職員の資格証(写)
	運動器機能向上体制		・勤務形態一覧表 [様式第1号-1] ・機能訓練指導員の資格証(写)
事業所評価加算(申出)	予防	-----	
その他	割引率の設定	共通	・様式第2号