

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

久留米市長あて

所在地

名 称

代表者職・氏名

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 - ) 都・道 府 県 市・区 町・村 (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				
事業所・施設の状況	フリガナ										
	名 称										
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 - ) 福岡 都・道 府 県 久留米市 市・区 町・村 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
	主たる事業所・施設の所在地以外 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 - ) 福岡 都・道 府 県 久留米市 市・区 町・村 (ビルの名称等)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
事業所・施設の状況	管理者の氏名										
	管理者の住所	(郵便番号 - ) 都・道 府 県 市・区 町・村 (ビルの名称等)									
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一の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			1新規 2変更 3終了							
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了							
	訪問看護			1新規 2変更 3終了							
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了							
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了							
	通所介護			1新規 2変更 3終了							
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了							
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了							
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了							
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了							
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了							
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了							
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了							
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了							
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了							
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了							
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了							
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了							
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了							
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了								
施設	居宅介護支援			1新規 2変更 3終了							
	介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了							
	介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了							
	介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了							
特記事項	介護医療院			1新規 2変更 3終了							
	介護保険事業所番号										
特記事項	医療機関コード等	(指定又は許可を受けている場合)									
	変 更 前	変 更 後									
関係書類	別添のとおりに										
	届出担当者	氏名					電話番号				

- 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に「○」を記入してください。  
6 「異動項目」欄には、(別紙1)「介護給付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。

(別紙1)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

※異動区分は記入しないでください

記入担当者氏名		事業所電話番号		異動区分	1	新規	2	変更	3	終了	
事業所番号	4	0								事業所名	

※「特別地域加算」と「中山間地域等における小規模事業所加算」は、事業所の所在地により算定の有無が決まるため添付書類は不要です。なお、特別地域については久留米市からの指示がない限り、「1. なし」としてください。

※「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」(別紙2及び別紙3-1～3-6の中から該当するもの)を添付してください。

※ 割引を行う場合は、下蘭の「指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について」も記入してください。

提供サービス	適用開始年月日	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
12 訪問入浴介護	令和 年 月 日			特別地域加算	1 なし	2 あり	1. なし	1. なし
				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 (延訪問回数20回超) (延訪問回数20回以下)		
				認知症専門ケア加算	1 なし	2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
				サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 5 加算Ⅲ		
				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			
				介護職員等特定処遇改善加算	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	2. あり	2. あり
62 介護予防訪問入浴介護	令和 年 月 日			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 (延訪問回数5回超) (延訪問回数5回以下)		
				認知症専門ケア加算	1 なし	2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
				サービス提供体制強化加算	1 なし	4 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 5 加算Ⅲ		
				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			
				介護職員等特定処遇改善加算	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		

指定居宅サービス事業所等による介護給付費の割引に係る割引率の設定について

(割引を行う場合のみ記入)

サービスの種類	割引率	適用条件
	(例) 10%	(例) 全営業日・営業時間
訪問入浴介護		
介護予防訪問入浴介護		

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

(別紙2)

令和 年 月 日

## サービス提供体制強化加算に関する届出書((介護予防)訪問入浴介護事業所)

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)	
4 研修等に関する状況	① 研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む)を実施又は実施を予定していること。 ② 利用者に関する情報若しくはサービス提供にあたっての留意事項の伝達又は技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。 ③ 健康診断等を定期的に実施すること。	有・無  有・無  有・無

## 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60%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	有・無
	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	有・無	

## (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	有・無
	又は ①に占める③の割合が60%以上		
③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者等の総数(常勤換算)	人	有・無	

## (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30%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	有・無
	又は ①に占める③の割合が50%以上		
③ ①のうち介護福祉士、実務者研修修了者等の総数(常勤換算)	人	有・無	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有・無
	① 従業者の総数(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1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、必要に応じて提出すること。

備考2 「実務者研修修了者等」には「旧介護職員基礎研修課程修了者」を含む。

備考3 従業者とは、訪問入浴介護における訪問入浴介護従業者をいう。

(別紙3-1)

## 人材要件に関する調書(訪問入浴介護事業)

～ 前年度実績が6月以上ある事業所用 ～

事業所番号	事業所名
-------	------

### A. 介護職員の総数及び常勤換算数 (3月を除く前年度の平均)

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
常勤換算数	① 人	② 人	③ 人	④ 人	⑤ 人	⑥ 人
10月	11月	12月	1月	2月	常勤換算平均 A 人	
⑦ 人	⑧ 人	⑨ 人	⑩ 人	⑪ 人		
						(①～⑪合計)÷11

### B. 介護職員のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の氏名、常勤換算数(3月を除く前年度の平均)

換算月	資格の種類	氏 名	登録証登録番号	登録年月日	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
4月					～		①
					～		人
					～		
					～		
5月					～		②
					～		人
					～		
					～		
6月					～		③
					～		人
					～		
					～		
7月					～		④
					～		人
					～		
					～		
8月					～		⑤
					～		人
					～		
					～		
9月					～		⑥
					～		人
					～		
					～		

10月					～		⑦
					～		人
					～		
					～		
11月					～		⑧
					～		人
					～		
					～		
12月					～		⑨
					～		人
					～		
					～		
1月					～		⑩
					～		人
					～		
					～		
2月					～		⑪
					～		人
					～		
					～		

常勤換算平均 <b>B</b> (①～⑪合計) ÷ 11	人
---------------------------------	---

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例: 4. 25の場合、4. 2)

- (注意事項)
- ①3月を除く前年度の平均の状況で作成してください。
  - ②届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとっておいてください。
  - ③勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。  
(例: 令和3年4月における勤続年数10年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数10年以上の者。)
  - ④勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

(別紙3-2)

人材要件に関する調書(訪問入浴介護事業)

～ 前年度実績が6月に満たない事業所用(新規指定事業所・再開事業所を含む) ～

事業所番号	事業所名
-------	------

A. 介護職員の総数及び常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	3月前 月	2月前 月	1月前 月	A
常勤換算数	① 人	② 人	③ 人	$(①+②+③) \div 3$ 人

B. 介護職員のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の氏名、常勤換算数(届出月前3ヶ月の平均)

換算月	資格の種類	氏 名	登録証登録番号	登録年月日	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
3月前  月					～		①
					～		人
					～		
					～		
					～		
					～		
2月前  月					～		②
					～		人
					～		
					～		
					～		
					～		
1月前  月					～		③
					～		人
					～		
					～		
					～		
					～		
					B	(①+②+③)÷3  人	

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例:4. 25の場合、4. 2)

(注意事項)

①届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとっておいてください。

②勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。

(例: 令和3年4月における勤続年数10年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数10年以上の者。)

③勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができます。

(別紙3-3)

## 人材要件に関する調書(訪問入浴介護事業)

～ 前年度実績が6月以上ある事業所用 ～

事業所番号	事業所名
-------	------

### A. 介護職員の総数及び常勤換算数 (3月を除く前年度の平均)

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月
常勤換算数	① 人	② 人	③ 人	④ 人	⑤ 人	⑥ 人
10月	11月	12月	1月	2月	常勤換算平均 A 人 (①～⑪合計)÷11	
⑦ 人	⑧ 人	⑨ 人	⑩ 人	⑪ 人		

### B. 介護職員のうち介護福祉士等の氏名、常勤換算数(3月を除く前年度の平均)

換算月	資格の種類	氏 名	登録証登録番号	登録年月日	常勤換算数
4月					① 人
5月					② 人
6月					③ 人
7月					④ 人
8月					⑤ 人
9月					⑥ 人

10月					⑦  人
11月					⑧  人
12月					⑨  人
1月					⑩  人
2月					⑪  人
				常勤換算平均 <b>B</b> (①～⑪合計) ÷ 11	人

※介護福祉士等とは、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者を指します。

※実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例: 4. 25の場合、4. 2)

(注意事項)

①3月を除く前年度の平均の状況で作成してください。

②届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとっておいてください。



(別紙3-4)

## 人材要件に関する調書(訪問入浴介護事業)

～ 前年度実績が6月に満たない事業所用(新規指定事業所・再開事業所を含む) ～

事業所番号	事業所名
-------	------

### A. 介護職員の総数及び常勤換算数

換算月	3月前 月	2月前 月	1月前 月	A
常勤換算数	① 人	② 人	③ 人	$(①+②+③) \div 3$ 人

### B. 介護職員のうち介護福祉士等の氏名、常勤換算数

換算月	資格の種類	氏 名	登録証登録番号	登録年月日	常勤換算数
3月前 月					①  人
2月前 月					②  人
1月前 月					③  人
				B	$(①+②+③) \div 3$ 人

※介護福祉士等とは、介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者を指します。

※実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の場合は、登録年月日の欄は修了年月日と読み替えて記入してください。

※常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例: 4. 25の場合、4. 2)

(注意事項)

①届出月前3ヶ月間の平均の状況で作成してください。

(4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均)

②3ヶ月間の平均で届出を行った場合は、届出月以降においても直近3ヶ月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要があります。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行わなければなりません。

## 人材要件に関する調書（訪問入浴事業）

～ 前年度実績が6月以上ある事業所用 ～

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

## A. 従業者の総数の常勤換算数（3月を除く前年度平均）

換算月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月
常勤換算数	①人	②人	③人	④人	⑤人	⑥人	⑦人
11月	12月	1月	2月	A	(①～⑪合計) ÷ 11		
⑧人	⑨人	⑩人	⑪人		人		

## B. 従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の氏名、常勤換算数（3月を除く前年度平均）

換算月	資格の種類	氏 名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
4月			～		① 人
			～		
			～		
			～		
5月			～		② 人
			～		
			～		
			～		
6月			～		③ 人
			～		
			～		
			～		
7月			～		④ 人
			～		
			～		
			～		
8月			～		⑤ 人
			～		
			～		
			～		
9月			～		⑥ 人
			～		
			～		
			～		
10月			～		⑦ 人
			～		
			～		
			～		

11月			～		⑧  人
			～		
			～		
			～		
12月			～		⑨  人
			～		
			～		
			～		
1月			～		⑩  人
			～		
			～		
			～		
2月			～		⑪  人
			～		
			～		
			～		
				B	(①～⑪合計) ÷ 11 人

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

（注意事項）

① 3月を除く前年度の平均の状況で作成してください。

② 届出を行った場合は、職員の割合につき、毎月継続的に記録をとっておいてください。

③ 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。

（例：令和3年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。）

③ 勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

## 人材要件に関する調書（訪問入浴事業）

～ 前年度実績が6月に満たない事業所用（新規指定事業所・再開事業所を含む） ～

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

## A. 従業員の総数の常勤換算数（届出月前3月平均）

換算月	3 月前 月	2 月前 月	1 月前 月	A
常勤換算数	① 人	② 人	③ 人	$(①+②+③) \div 3$ 人

## B. 従業員の総数のうち、勤続年数7年以上の者の氏名、常勤換算数（届出月前3月平均）

換算月	資格の種類	氏 名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
3 月前 月			～		① 人
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
2 月前 月			～		② 人
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
1 月前 月			～		③ 人
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				B	$(①+②+③) \div 3$ 人

※ 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨ててください。（例：4.25の場合、4.2）

## （注意事項）

- ①届出月前3ヶ月間の平均の状況で作成すること。  
（4月1日から算定を行う場合は、12月、1月、2月の平均）
- ②3ヶ月間の平均で届出を行った場合は、届出月以降においても直近3ヶ月間の職員の割合につき、毎月継続的に所定の割合を維持する必要がある。その割合については、毎月記録するとともに、所定の割合を下回った場合には、加算の取り下げを行うこと。
- ③勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいう。  
（例：令和3年4月における勤続年数7年以上の者とは、令和3年3月31日時点で勤続年数7年以上の者。）
- ④勤続年数の算定に当たっては、当該事業所の勤務年数に加え、同一法人の経営する他の介護サービス事業所、病院、社会福祉施設等においてサービスを利用者に直接提供する職員として勤務した年数を含めることができる。

(別紙4)

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)

※地域に関する状況が該当する場合のみ記載

(1) 訪問入浴介護にかかるもの

対象月	延訪問回数	
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		平均延訪問回数
月		

延訪問回数が20回以下であるか。

(2) 介護予防訪問入浴介護にかかるもの

対象月	延訪問回数	
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		
月		平均延訪問回数
月		

延訪問回数が5回以下であるか。

(別紙5)

## 認知症専門ケア加算に係る確認書

事業所番号									
施設名									

### ○ 加算(Ⅰ), (Ⅱ)を算定する場合

#### 1 利用者の状況

利用者の総数(A)	人
うち認知症日常生活自立度Ⅲ以上の利用者(B)	人
$(B) \div (A) \times 100$	% (50%以上)

#### 2 認知症介護に係る専門的な研修の状況

修了者氏名	修了年月日	研修名	研修実施主体

※1 修了証の写を添付すること。

※2 研修実施主体は自治体を実施している場合は自治体名を、自治体が指定している研修の場合は研修実施主体の横に( )書きで指定している自治体名を記入すること。

#### 3 認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議の開催状況

開催状況	月 日開催	会議の概要	
	月 日開催	会議の概要	

※上記内容を記載した別紙の添付でも可

### ○ 加算(Ⅱ)を算定する場合

#### 1 認知症介護の指導に係る専門的な研修の状況

修了者氏名	修了年月日	研修名	研修実施主体

※1 修了証の写を添付すること。

※2 研修実施主体は自治体を実施している場合は自治体名を、自治体が指定している研修の場合は研修実施主体の横に( )書きで指定している自治体名を記入すること。

#### 2 認知症ケアに関する研修計画( 年度)

受講対象者名	研修期間	実施時期	研修の目標	研修の内容

※上記内容に準じた介護職員、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を添付すること。

#### (注意事項)

①加算Ⅰの要件にいう「認知症介護に係る専門的な研修」とは「認知症介護実践リーダー研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す。  
②加算Ⅱの要件にいう「認知症介護の指導に係る専門的な研修」とは「認知症介護指導者研修」及び認知症看護に係る適切な研修を指す。