

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 市・区 府 町・村 (ビルの名称等)							
	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 -) 都・道 市・区 府 町・村 (ビルの名称等)							
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 久留米市 市・区 府 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 久留米市 市・区 府 町・村 (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	(郵便番号 -) 都・道 市・区 府 町・村 (ビルの名称等)							
届出を行う事業所・施設の種類の指定	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			
介護医療院				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		(指定又は許可を受けている場合)							
特記事項	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に「○」を記入してください。

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合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

記入担当者氏名

事業所電話番号

異動区分

事業所番号

事業所名

※異動区分は記入しないでください

1:新規、2:変更、3:終了

- ※ 実施するサービスに関して○を付け、全ての項目に対し該当する番号に○を付けてください。
- ※ 情報通信機器等の活用等の体制については、「情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書」(別紙4)を添付してください。
- ※ 「特別地域加算」は、事業所の所在地により算定の可否が決まるため添付書類は不要です。
- ※ 「中山間地域等における小規模事業所加算」は、事業所の所在地が該当する地域に所在し(①該当)かつ1月当たりの実利用者数が20人以下(②該当)である場合に算定が可能になります。
なお、該当地域は、久留米市にお問い合わせください。
- ※ 「特定事業所加算」「ターミナルケアマネジメント加算」については、別紙2「特定事業所加算・ターミナルケアマネジメント加算に係る届出書(居宅介護支援事業所)」を添付してください。
- ※ 「特定事業所加算(A)」については、「特定事業所加算(A)」に係る届出書(居宅介護支援事業所)」(別紙3)を添付してください。
- ※ LIFEとは、科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)のことです。

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		割引
43 居宅介護支援	令和 年 月 日			情報通信機器等の活用等の体制	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	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)②	1 非該当 2 該当	
				特定事業所集中減算	1 なし 2 あり	
				特定事業所加算	1 なし 2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ 4 加算Ⅲ 5 加算A	
				特定事業所医療介護連携加算	1 なし 2 あり	
				ターミナルケアマネジメント加算	1 なし 2 あり	
				LIFEへの登録	1 なし 2 あり	

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(Ⅰ) 2 特定事業所加算(Ⅱ) 3 特定事業所加算(Ⅲ) 4 特定事業所医療介護連携加算 5 ターミナルケアマネジメント加算

1. 特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)に係る届出内容

※ 特定事業所加算(Ⅰ)の場合は、①、③～⑬を記載すること。
 特定事業所加算(Ⅱ)(Ⅲ)の場合は、②～⑤、⑦～⑬を記載すること。

① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員2名を配置している。 有・無

② 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。 有・無

③ 介護支援専門員の配置状況(主任介護支援専門員を除く。) 加算Ⅰ、Ⅱは3人以上
加算Ⅲは2人以上

介護支援専門員	常勤専従	人
---------	------	---

④ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的した会議を定期的に開催している。 有・無

⑤ 24時間常時連絡できる体制を整備している。 有・無

⑥ 利用者の総数のうち、要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が40%以上 有・無

⑦ 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。 有・無

⑧ 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。 有・無

⑨ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。 有・無

⑩ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無 有・無

⑪ 介護支援専門員1人当たり(常勤換算方法による)の担当利用者数について

(1) 居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 40件以上の有無 有・無

(2) 居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 45件以上の有無 有・無

⑫ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無 有・無

⑬ 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。 有・無

⑭ 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している 有・無

2. 特定事業所医療介護連携加算に係る届出内容

① 退院・退所加算の算定に係る病院又は診療所等との連携回数の合計が年間35回以上である。 有・無

② ターミナルケアマネジメント加算を年間5回以上算定している。 有・無

③ 特定事業所加算(Ⅰ)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している。 有・無

※特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅲ)の各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

①②関係(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)主任介護支援専門員研修修了証(写し)

④関係(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)留意事項伝達会議の議事録(直近1カ月分)

⑦関係(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)研修計画書等

⑨関係(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)実施日、内容、参加者等が確認できる資料

⑫関係(加算Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録決定通知書(写し)

<p>2. ターミナルケアマネジメント加算に係る届出内容</p> <p>① ターミナルケアマネジメントを受けることに同意した利用者について、24時間連絡できる体制を確保しており、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備している。</p>	<p>有・無</p>
---	------------

(別紙3)

令和 年 月 日

特定事業所加算(A)に係る届出書(居宅介護支援事業所)

事業所名	
連携先事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

特定事業所加算(A)に係る届出内容		
① 常勤かつ専従の主任介護支援専門員を配置している。		有・無
② 介護支援専門員の配置状況		
介護支援専門員	常勤専従 人 (1名以上)	
介護支援専門員	非常勤 人 (1名以上:他事業所との兼務可)	
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。		有・無
④ 24時間常時連絡できる体制を整備している。(連携可)		有・無
⑤ 介護支援専門員に対し、計画的に、研修を実施している。(連携可)		有・無
⑥ 地域包括支援センターからの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。		有・無
⑦ 地域包括支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。		有・無
⑧ 運営基準減算又は特定事業所集中減算の適用の有無		有・無
⑨ 介護支援専門員1人当たり(常勤換算方法による)の担当件数について		
(1)居宅介護支援費(Ⅰ)を算定している場合 40件以上の有無		有・無
(2)居宅介護支援費(Ⅱ)を算定している場合 45件以上の有無		有・無
⑩ 介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制の確保の有無(連携可)		有・無
⑪ 他の法人が運営する指定居宅介護支援事業者と共同で事例検討会、研修会等を実施している。(連携可)		有・無
⑫ 必要に応じて、多様な主体により提供される利用者の日常生活全般を支援するサービスが包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している		有・無

※各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

①関係 主任介護支援専門員研修修了証(写し)

③関係 留意事項伝達会議の議事録(直近1カ月分)

⑤関係 研修計画書等

⑦関係 実施日、内容、参加者等が確認できる資料

⑩関係 福岡県介護支援専門員実務研修実習受入協力事業所登録決定通知書(写し)

(別紙4)

情報通信機器等の活用等の体制に係る届出書

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

1. 情報通信機器（AI含む）の活用

(1) 活用の有無

有 ・ 無

(2) 具体的な活用方法・製品名

--

(3) 業務負担の軽減や効率化できる具体的な業務内容

--

2. 事務職員の配置

(1) 配置の有無

有 ・ 無

(2) 配置状況

① 常勤 ・ 非常勤	
② 1 週間の勤務日数	日/週
③ 1 日あたりの勤務時間数	時間/日

(3) 業務負担の軽減や効率化できる具体的な業務内容

--