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　　印

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・道府・県　市・区町・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	
	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	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)
指定居宅サービス	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		
居宅介護支援				1新規　2変更　3終了		
施設	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			
届出担当者	氏名		電話番号	

備考1　「受付番号」「事業所所在市町村番号」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)「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。

必要書類一覧 （通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション（介護老人保健施設））

項目		必要書類
必須		□ 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書
必須		□ 介護給付費算定に係る体制等状況一覧業（別紙1）
添付書類（該当する加算等のみ）	職員の欠員による減算の状況	□ 変更理由書（別紙3） □ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （別紙5－3）～（別紙5－4）※該当するものを1つ □ 組織図 □ 資格証の写し
	感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	□ 感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価届書（別紙4） □ 利用延人員数計算シート（通所リハビリテーション）（別紙4－1）
	時間延長サービス体制	□ 時間延長サービス体制届出書（別紙20）
	入浴介助加算	□ 浴室の平面図
	リハビリテーション マネジメント加算	□ なし
	認知症短期集中リハビリテーション実施加算	□ 勤務体制が分かる書類（勤務体制表） □ リハビリテーションを提供する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士免許証の写し、研修が修了した医師の修了証書等 □ 資格証の写し
	生活行為向上リハビリテーション実施加算	□ （別紙15） 生活行為向上リハビリテーション実施加算に関する状況
	中重度ケア体制加算	□ （別紙15） 中重度ケア体制加算に関する状況
	若年性認知症利用者受入加算	□ 若年性認知症入所者受入加算に関する届出書（別紙14）
	口腔機能向上加算	□ 口腔機能向上体制に関する届出書（別紙22） □ 資格証の写し（言語聴覚士、歯科栄養士、看護職員）
	科学的介護推進体制加算	□ なし
	移行支援加算	□ 移行支援加算に関する届出書（別紙24－1） □ 移行支援加算に関する確認書（別紙24－2）
	栄養アセスメント・栄養改善体制	□ 栄養アセスメント・栄養改善体制に関する届出書（別紙22） □ 資格証の写し（管理栄養士）
	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（別紙9） □ サービス提供体制強化加算に関する確認書 （別紙10－1）～（別紙10－8）※該当するもの1つ
	運動器機能向上体制	□ 運動器機能向上体制に関する届出書（別紙21） □ 運動器機能向上計画書様式 □ 運動器機能向上記録簿様式
	事業所評価加算〔申出〕の有無	□ なし（運動器機能向上体制、栄養改善体制又は口腔機能向上体制を算定し、評価加算算定の意向があれば「あり」としてください。）
	選択的サービス複数実施加算	□ なし（運動器機能向上体制、栄養改善体制又は口腔機能向上体制のうち複数の届出を行っている場合に「あり」としてください。）

（別紙1）（通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号	4	0									記入担当者氏名		異動区分	1: 新規、 2: 変更、 3: 終了	届出先	久留米市
事業所名											事業所電話番号		枚数	枚		

※ 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。

	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
老健分	16	通所リハビリテーション	令和　年　月　日	7　通常規模の事業所（介護老人保健施設） 8　大規模の事業所（Ⅰ）（介護老人保健施設） 9　大規模の事業所（Ⅱ）（介護老人保健施設）		職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員	5. 理学療法士	
							6. 作業療法士	7.言語聴覚士				
						感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の対応	1. なし	2. あり				
						時間延長サービス体制	1. 対応不可	2. 対応可				
						リハビリテーション提供体制加算	1. なし	2. あり				
						入浴介助加算	1. なし	2. 加算Ⅰ	3. 加算Ⅱ			
						リハビリテーションマネジメント加算	1. なし	3. 加算Aイ	6. 加算Aロ	4.加算Bイ	7.加算Bロ	
						認知症短期集中リハビリテーション実施加算	1. なし	2. 加算Ⅰ	3. 加算Ⅱ			
						生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. なし	2. あり				
						若年性認知症利用者受入加算	1. なし	2. あり				
						栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし	2. あり				
						口腔機能向上加算	1. なし	2. あり				
						中重度者ケア体制加算	1. なし	2. あり				
						科学的介護推進体制加算	1. なし	2. あり				
						移行支援加算	1. なし	2. あり				
						サービス提供体制強化加算	1. なし	5. 加算Ⅰ	4. 加算Ⅱ	6. 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	
							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			
						LIFEへの登録	1.なし	2. あり				
	66	介護予防通所リハビリテーション	令和　年　月　日	2　介護老人保健施設		職員の欠員による減算の状況	1. なし	2. 医師	3. 看護職員	4. 介護職員	5. 理学療法士	
							6. 作業療法士	7.言語聴覚士				
						生活行為向上リハビリテーション実施加算	1. なし	2. あり				
						若年性認知症利用者受入加算	1. なし	2. あり				
						運動器機能向上体制	1. なし	2. あり				
						栄養アセスメント・栄養改善体制	1. なし	2. あり				
						口腔機能向上加算	1. なし	2. あり				
						選択的サービス複数実施加算	1. なし	2. あり				
						事業所評価加算（申出）の有無	1. なし	2. あり				
						科学的介護推進体制加算	1. なし	2. あり				
						サービス提供体制強化加算	1. なし	5. 加算Ⅰ	4. 加算Ⅱ	6. 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	
							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			
						LIFEへの登録	1.なし	2. あり				

（別紙２）

変更理由書

変更の目的、変更の結果改善される点などを、簡潔に記入して下さい。

事業所名	

（理由）

感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価　届出書

○　本様式は、感染症又は災害の発生を理由とする通所介護等の介護報酬による評価を届け出る際に使用するものです。
○　記入にあたっては、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第４号・老老発0316第３号令和３年３月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知）のほか、各項目の注を参照の上、行ってください。

（１）　事業所基本情報

事業所番号		事業所名			
担当者氏名		電話番号		ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
サービス種別	通所リハビリテーション		規模区分	通常規模型	

※　青色セルは直接入力、緑色セルはプルダウン入力してください（以下同じ）。
※　サービス種別が通所介護及び通所リハビリテーションの場合には、規模区分欄も記載してください。

（２）　加算算定・特例適用の届出

利用延人員数の減少が生じた月	令和　　年　　月	
利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数	人	
利用延人員数の減少が生じた月の前年度の１月当たりの平均利用延人員数	人	
加算算定の可否		
特例適用の可否		

※　黄色セルは自動計算されますので、入力しないでください（以下同じ）。
※　「利用延人員数の減少が生じた月の利用延人員数」「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の１月当たりの利用延人員数」については、以下を準用し算定してください（以下、利用延人員数の計算にあたっては、すべてこれによることとします。）
・通所介護、地域密着型通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護については、「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）第２の７（４）及び（５）
・通所リハビリテーションについては、同通知第２の８（２）及び（８）
※　「加算算定の可否」「特例適用の可否」欄のいずれかに「可」が表示された場合は、利用延人員数の減少が生じた月の翌月15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することで、加算算定・特例適用の届出を行うことができます。（両欄とも「否」が表示された場合は、提出不要です。）

加算算定事業所のみ　※ 加算算定開始後に記入してください。（加算を算定しない事業所は記入及び届出の必要はありません。）

（３）　加算算定後の各月の利用延人員数の確認

	年月	各月の利用延人員数	減少割合		加算算定の可否
利用延人員数の減少が生じた月					
加算算定届提出月					
加算算定開始月					
加算延長判断月					
加算終了／延長届提出月					
延長適用開始月				減少の２か月後に算定開始	
延長適用終了月					

※　加算算定の届出を行った場合は、利用延人員数の減少が生じた月から適用(延長含む)終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。
※　「加算算定の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を提出してください。（提出を怠った場合は、加算に係る報酬について返還となる場合があり得るため、ご留意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。）

加算算定事業所であって、（３）オレンジセルに「可」が表示された事業所のみ　※ 加算算定開始後に記入してください。

（４）　加算算定の延長の届出

加算算定の延長を求める理由	(例)利用延人員数の減少に対応するための経営改善に時間を要するため

※　加算算定の延長を求める場合は、その理由を入力し、延長届提出月の15日までに都道府県・市町村に本様式を提出することにより、加算算定の延長の届出をすることができます。

特例適用事業所のみ　※ 特例開始後に記入してください。（特例を適用しない事業所は記入及び届出の必要はありません。）

（５）　特例適用後の各月の利用延人員数の確認

	年月	各月の 利用延人員数		特例 適用の可否
利用延人員数の減少が生じた月				
特例適用届提出月				
特例適用開始月				
			減少の ２か月後 に算定 開始	

※　特例適用の届出を行った場合は、特例適用届を提出した月から適用終了月まで、各月の利用延人員数を入力してください。

※　「特例適用の可否」欄に「否」が表示された場合は、速やかに都道府県・市町村に本様式を届け出てください。（届出を怠った場合は、特例に係る報酬について返還となる場合があり得るため、ご留意ください。なお、「可」が表示された場合は、本様式を提出する必要はありません。）

（参考）

利用延人員数計算シート（通所リハビリテーション）

本シートは、「通所介護等において感染症又は災害の発生を理由とする利用者数の減少が一定以上生じている場合の評価に係る基本的な考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（老認発0316第４号・老老発0316第３号令和３年３月16日厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課長、老人保健課長連名通知）に基づき、各月の利用延人員数及び前年度の１月当たりの平均利用延人員数を算定するにあたり、補助的に活用いただくことを想定して作成したものです。

※　各都道府県・市町村において、本シートとは別に、利用延人員数を計算するための様式等が準備されている場合は、そちらを使用してください。

※　青色セルには数値を入力し、緑色セルにはプルダウンから選択して入力してください。入力された数値等に基づき、黄色セルに算定結果が表示されます。

○前年度の実績が6月以上の場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数・各月の利用延人員数

			率	令和　年									令和1年			4月～2月 合計 ※6
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
通所リハビリテーション ※1	1時間以上2時間未満		1/4													
	2時間以上3時間未満及び3時間以上4時間未満		1/2													
	4時間以上5時間未満及び5時間以上6時間未満		3/4													
	6時間以上7時間未満及び7時間以上8時間未満		1													
介護予防通所リハビリテーション ※2	①	2時間未満	1/4													
		2時間以上4時間未満	1/2													
		4時間以上6時間未満	3/4													
		6時間以上	1													
	②	同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数	1													
各月の利用延人員数																
毎日事業を実施した月（〇印） ※3			6/7													
合計																(a)

【留意事項】

※1　各月の通所リハビリテーションを利用した人数を、算定している報酬の時間区分別に記入してください。

※2　通所リハビリテーションと介護予防通所リハビリテーションの指定をあわせて受け、通所リハビリテーションと一体的に実施している場合は、以下の**いずれか**を行ってください。

・①に、各月の介護予防通所リハビリテーションを利用した人数を、利用時間ごとに記入。

・②に、同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数を記入。

（例：ある営業日について、9時～12時に同時にサービス提供を受けた者が4人、12時～15時に同時にサービス提供を受けた者が6人である場合、当該日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」は「6人」となる。また、1月間の営業日が22日であり、すべての営業日の「同時にサービスの提供を受けた者の最大数」が「6人」であった場合、「同時にサービスの提供を受けた者の最大数を営業日ごとに加えた数は「132人」となる。）

※3　1月間（暦月）、正月等の特別な期間を除いて毎日事業を実施した月は〇を記入してください。（利用延人員数が6/7になります。）

通所リハビリテーション費を算定している月数（3月を除く）	(b)
平均利用延人員数（a÷b）　※4	(c)

※4　(c)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。（令和3年2月又は3月の利用延人員数の減少に係る届出を行う場合は、(c)の値のほか、前年同月（令和2年2月又は3月）の利用延人員数を記入することもできます。）

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(c)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

○前年度の実績が6月に満たない場合（新たに事業を開始・再開した場合を含む）及び前年度から定見を概ね25%以上変更しようとする場合の前年度の1月当たりの平均利用延人員数

利用定員　※6			1月当たりの営業日数　※7		平均利用延人員数　※8
	×	90%	×		=	

【留意事項】

※6　都道府県知事等に届け出た利用定員数を記入してください。

※7　予定される1月当たりの営業日数を記入してください。

※8　(d)の値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

ただし、3%加算の算定を希望する場合は、(d)の値を小数第3位で四捨五入した値を、申請様式の(2)の「利用延人員数の減少が生じた月の前年度の1月当たりの平均利用延人員数」に記入してください。

（別紙5－3）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（　年　月分）　サービス種類（　**老人保健施設・短期入所及び通所リハビリテーション**　）

事業所名　（　介護老人保健施設　）

［入所定員（見込）数等　　名］

［利用定員（見込）数等　　名］

職　種	勤務形態	氏　名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			

勤務時間区分（①　：　～　：　，　h）（②　：　～　：　，　h）　（③　：　～　：　，　h）　（④　：　～　：　，　h）

（⑤　：　～　：　，　h）（⑥　：　～　：　，　h）　（⑦　：　～　：　，　h）　（⑧　：　～　：　，　h）　（休　公休，0h）

兼務者の兼務先（職員氏名：兼務先〈兼務職種〉）（　：　〈　〉）　（　：　〈　〉）　（　：　〈　〉）

備考1　＊欄には、当該月の曜日を記入して下さい。

2　申請する事業にかかる従業者全員（管理者を含む）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入して下さい。

3　職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入して下さい。

勤務形態の区分　A：常勤で専従　B：常勤で兼務　C：常勤以外で専従D：常勤以外で兼務

4　常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出して下さい。

5　サービス提供が単位（共同生活住居）ごとにおこなわれるサービス種類の場合は、各単位（各共同生活住居）ごとに区分して記入して下さい。

6　算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

7　当該事業所・施設にかかる組織体製図を添付してください。

（別紙5－4）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（　年　月分）　　サービス種類（　**通所リハビリテーション**　）

事業所名　（　介護老人保健施設　）

［利用定員（見込）数等　　名］

担当実施単位	職　種	勤務形態	氏　名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			

通所リハビリテーション実施単位　1単位目（定員：　名、　営業日〈　平日 ・ 土曜 ・ 日曜 ・ 祝日　〉　営業時間〈　：　～　：　〉

2単位目（定員：　名、　営業日〈　平日 ・ 土曜 ・ 日曜 ・ 祝日　〉　営業時間〈　：　～　：　〉

3単位目（定員：　名、　営業日〈　平日 ・ 土曜 ・ 日曜 ・ 祝日　〉　営業時間〈　：　～　：　〉

勤務時間区分　（①　：　～　：　，　h）（②　：　～　：　，　h）　（③　：　～　：　，　h）　（④　：　～　：　，　h）

（⑤　：　～　：　，　h）（⑥　：　～　：　，　h）　（⑦　：　～　：　，　h）　（⑧　：　～　：　，　h）　（休　公休，0h）

兼務者の兼務先（職員氏名：兼務先〈兼務職種〉）　（　：　〈　〉）　（　：　〈　〉）　（　：　〈　〉）

備考1　＊欄には、当該月の曜日を記入して下さい。

2　申請する事業にかかる従業者全員（管理者を含む）について、4週間分の勤務すべき時間数を記入して下さい。

3　職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入して下さい。

勤務形態の区分　Ａ：常勤で専従　Ｂ：常勤で兼務　Ｃ：常勤以外で専従Ｄ：常勤以外で兼務

4　常勤換算が必要な職種は、A～Dの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って、「常勤換算後の人数」を算出して下さい。

5　サービス提供が単位（共同生活住居）ごとにおこなわれるサービス種類の場合は、各単位（各共同生活住居）ごとに区分して記入して下さい。

6　算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。

7　当該事業所・施設にかかる組織体製図を添付してください。

（別紙９）

令和　　年　　月　　日

サービス提供体制強化加算に関する届出書

（通所介護、（介護予防）通所リハビリテーション、
地域密着型通所介護、（介護予防）認知症対応型通所介護）

1　事業所名	
2　異動区分	1　新規　　2　変更　　3　終了
3　施設種別	1　通所介護　　2　（介護予防）通所リハビリテーション 3　地域密着型通所介護　4　（介護予防）認知症対応型通所介護
4　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）

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70%以上 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	有・無 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50%以上 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

（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 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
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上 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	有・無

備考　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。

（別紙１０－1）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（介護福祉士）

（前年度の実績が６月以上の事業所用）

事業所名	

施設種別	①　介護老人福祉施設　　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む））
	③　（介護予防）通所リハビリテーション

介護職員の常勤換算数（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	10月	11月	12月	１月	２月	常勤換算平均 A
常勤換算数												

介護職員のうち勤続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					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
５月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
６月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
７月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
８月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
９月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		

10月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
11月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
12月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
1月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
2月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
					常勤換算平均　B（①から⑪の合計　÷　11）		

※ 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）

勤続１０年以上の介護福祉士の割合

B／A × １００	
%	適　・　非

← ３５％以上（Ⅰ）が適（施設種別①及び②）

２５％以上（Ⅰ）が適（施設種別③）

（注意事項）

① 常勤換算数は月ごとに、小数点第２位以下を切り捨てること。（例：４．２５の場合、４．２）

② ３月を除く前年度の平均の状況で作成すること。

③ 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くこと。

（別紙１０－２）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（介護福祉士）

（前年度の実績が６月以上の事業所用）

事業所名	

施設種別	①　介護老人福祉施設　　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）） ③　（介護予防）通所リハビリテーション

介護職員の常勤換算数（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	10月	11月	12月	１月	２月	常勤換算平均　Ａ
常勤換算数												

介護職員のうち介護福祉士の氏名、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	常勤換算数
４月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			４月の常勤換算数　①		
５月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			５月の常勤換算数　②		
６月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			６月の常勤換算数　③		
７月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			７月の常勤換算数　④		
８月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			８月の常勤換算数　⑤		
９月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			９月の常勤換算数　⑥		

10月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			10月の常勤換算数　⑦		
11月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			11月の常勤換算数　⑧		
12月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			12月の常勤換算数　⑨		
１月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			１月の常勤換算数　⑩		
２月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			２月の常勤換算数　⑪		
		常勤換算平均　Ｂ（①から⑪の合計　÷　11）			

介護福祉士の割合

Ｂ／Ａ×１００	
％	適　・　非

←80％以上（Ⅰ）・60％以上（Ⅱ）・50％以上（Ⅲ）が適（施設種別①及び②）

←70％以上（Ⅰ）・50％以上（Ⅱ）・40％以上（Ⅲ）以上が適（施設種別③）

（備考）

① 常勤換算数は月ごとに、小数点第２位以下を切り捨てること。（例：４．２５の場合、４．２）

② ３月を除く前年度の平均の状況で作成すること。

③ 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くこと。

（別紙１０－４）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（勤続年数）

（前年度の実績が６月以上の事業所用）

事業所名	

施設種別	①　介護老人福祉施設　　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）） ③　（介護予防）通所リハビリテーション

サービスを直接提供する職員の常勤換算数（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	10月	11月	12月	１月	２月	常勤換算平均 A
常勤換算数												

サービスを直接提供する職員のうち勤続年数７年以上の者の氏名、常勤換算数（３月を除く前年度の平均）

換算月	職　　種	氏　　名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
４月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			４月の常勤換算数　①		
５月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			５月の常勤換算数　②		
６月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			６月の常勤換算数　③		
７月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			７月の常勤換算数　④		
８月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			８月の常勤換算数　⑤		
９月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			９月の常勤換算数　⑥		

10月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				10月の常勤換算数　⑦	
11月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				11月の常勤換算数　⑧	
12月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				12月の常勤換算数　⑨	
１月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				１月の常勤換算数　⑩	
２月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
				２月の常勤換算数　⑪	
		常勤換算平均　Ｂ（①から⑪の合計　÷　11）			

勤続年数７年以上の者の割合

Ｂ／Ａ × １００	
%	適　・　非

←３０％以上が適

（備考）

① 「常勤換算平均」の欄は、常勤換算方法により算出した３月を除く前年度の平均を記入すること。

② 常勤換算数は月ごとに、小数点第２位以下を切り捨てること。（例：４．２５の場合、４．２）

③ 職種は、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員のいずれかを記入すること。

④ ３月を除く前年度の平均の状況で作成すること。

⑤ 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くこと。

⑥ 勤続年数とは、各月の毎月の末日時点における勤続年数をいう。
（例：平成２２年４月における勤続年数７年以上の者とは、平成２２年３月３１日時点で勤続年数７年以上の者。）

⑦ 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。

⑧ サービスを直接提供する職員とは次の職種をいう。
生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員（介護老人福祉施設）
看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）
理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員（（介護予防）通所リハビリテーション）

（別紙１０－５）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（介護福祉士）

（前年度の実績が６月に満たない事業所用）

事業所番号		事業所名	

施設種別	①　介護老人福祉施設　　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）） ③　（介護予防）通所リハビリテーション

介護職員の常勤換算数（届出月前３ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均 A
常勤換算数				

介護職員のうち勤続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
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
月					～		
					～		
					～		
					～		
					月の常勤換算数		
					常勤換算平均　B		

※ 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）

勤続１０年以上の介護福祉士の割合

Ｂ／Ａ × １００	
％	適　・　非

← ３５％以上（Ⅰ）が適（施設種別①及び②）

２５％以上（Ⅰ）が適（施設種別③）

（注意事項）

① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。（例：4．25の場合、4．2）

② 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）

③ 3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。

（別紙10－6）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（介護福祉士）（前年度の実績が6月に満たない事業所用）

事業所名	

施設種別	① 介護老人福祉施設　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）） ③ （介護予防）通所リハビリテーション

介護職員のうち介護福祉士の氏名、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	常勤換算数
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			月の常勤換算数		
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			月の常勤換算数		
月	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
	介護福祉士				
			月の常勤換算数		
			常勤換算平均 ②		

介護職員の常勤換算数
（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均 ①
常勤換算数				

介護福祉士の割合

②／①	
%	適 ・ 非

←80％以上（Ⅰ）・60％以上（Ⅱ）・50％以上（Ⅲ）が適（施設種別①及び②）
←70％以上（Ⅰ）・50％以上（Ⅱ）・40％以上（Ⅲ）以上が適（施設種別③）

（備考）
① 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。（例：4．25の場合、4．2）
② 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）
③ 3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。

（別紙10－8）

サービス提供体制強化加算に関する確認書（勤続年数）（前年度の実績が6月に満たない事業所用）

事業所名	

施設種別	① 介護老人福祉施設　②介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）） ③ （介護予防）通所リハビリテーション

サービスを直接提供する職員のうち勤続年数7年以上の者の氏名、常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	職　種	氏　名	勤務期間	勤続年数	常勤換算数
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			月の常勤換算数		
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			月の常勤換算数		
月			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			～		
			月の常勤換算数		
			常勤換算平均 ②		

サービスを直接提供する職員の常勤換算数（届出月前3ヶ月の平均）

換算月	月	月	月	常勤換算平均　①
常勤換算数				

勤続年数3年以上の者の割合

②／①	
%	適 ・ 非

←30％以上が適

（注意事項）

① 「常勤換算平均」の欄は、届出日の属する月の前三月について、常勤換算方法により算出した平均を記入すること。

② 常勤換算数は月ごとに、小数点第2位以下を切り捨てること。（例：4．25の場合、4．2）

③ 職種は、生活相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員のいずれかを記入すること。

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、各月の毎月の末日時点における勤続年数をいう。

（例：平成21年4月における勤続年数7年以上の者とは、平成21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。

⑤サービスを直接提供する職員とは次の職種をいう。

生活相談員、介護職員、看護職員又は機能訓練指導員（介護老人福祉施設）

看護職員、介護職員、支援相談員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（介護老人保健施設（（介護予防）短期入所療養介護含む）

理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、看護職員又は介護職員（（介護予防）通所リハビリテーション）

（別紙14）

若年性認知症入所者（利用者）受入加算に関する届出書

事業所名	

若年性認知症入所者（利用者）に対応する担当職員名

施設種別	職　種	氏　名
（介護老人福祉施設）		
（介護老人保健施設）		
（短期入所療養介護）		
（通所リハビリテーション）		
（介護予防短期入所療養介護）		
（介護予防通所リハビリテーション）		

受け入れた若年性認知症入所者（利用者）ごとに個別の担当者を定めているか。	有　・　無

（別紙１５）

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（通所リハビリテーション）

事業所番号		事業所名	

1　生活行為向上リハビリテーション実施加算に関する状況

①　生活行為の内容の充実を図るための専門的な知識若しくは経験を有する作業療法士又は生活行為の内容の充実を図るための研修を修了した理学療法士若しくは言語聴覚士を配置している。	有・無
②　生活行為の内容の充実を図るための目標及び当該目標を踏まえたリハビリテーションの実施頻度、実施場所及び実施時間等が記載されたリハビリテーション実施計画をあらかじめ定めて、リハビリテーションを提供している。	有・無
③　通所リハビリテーション計画で定めた当該事業の実施期間中に当該事業の提供を終了した日前１月以内に、リハビリテーション会議を開催し、リハビリテーションの目標の達成状況及び実施結果を報告している。	有・無
④　当該事業におけるリハビリテーションマネジメント加算(A・B)を算定している。	有・無
⑤指定通所リハビリテーション事業所の医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語療法士が該当利用者の居宅を訪問し、生活行為に関する評価をおおむね１月に１回以上実施している。	

2　中重度者ケア体制加算に関する状況（「あり」の場合のみ記入）

①　指定基準で配置すべき看護職員又は介護職員に加え、看護職員又は介護職員を常勤換算方法で1以上確保している。	有・無
②　通所リハビリテーションを行う時間帯を通じて、専ら当該事業の提供に当たる看護職員を1名以上配置している。	有・無
③　要介護状態区分が要介護3、要介護4又は要介護5である者の占める割合が30％以上である。	有・無

	利用者数	割合(%)	
（１）当該事業所における利用者の総数	人		
（２）当該事業所の利用者で要介護３、要介護４又は要介護５である者	人		→ 30％以上

（別紙20）

時間延長サービス体制届出書

事業所名	

1　当該事業所のサービス提供時間(送迎及び延長時間を含まない時間)

:　～　:	（　時間　分）

2　時間延長サービス利用者推定数

サービス提供時間前	名	サービス提供時間後	名

3　時間延長サービス従業者数

職　種	員　数	職　種	員　数	職　種	員　数
1.管理者	名	2.医師	名	3.看護職員	名
4.介護職員	名	5.理学療法士等	名		

員数には、対応可能な従業者数を記入してください。

（別紙21）

運動器機能向上体制に関する届出書

事業所名	

職　種	理学療法士等	医師	看護職員	介護職員
氏名				

（備考）
1　氏名欄は、共同実施者名（職種ごとの代表者名）を記入してください。

【添付書類】
1　運動器機能向上計画書様式
2　運動器機能向上記録簿様式
3　資格証の写し（理学療法士等）

（別紙２２）

栄養アセスメント・栄養改善体制について

※　管理栄養士の配置状況

資格	氏名	勤務体制
管理栄養士		Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ　・　Ｄ

１．栄養アセスメント加算

①利用者ごとに管理栄養士等が共同で栄養アセスメントを実施し、利用者又は家族に結果を説明し、相談等に必要に応じて対応する	はい　・　いいえ
②利用者ごとの栄養状態等の情報を厚生労働省に提出し、栄養管理の実施に当たって、当該情報その他栄養管理の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用している。	はい　・　いいえ

２．栄養改善加算

①利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して、利用者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成している。	はい　・　いいえ
②栄養ケア計画に従い、必要に応じて利用者の居宅を訪問し、管理栄養士等が栄養改善サービスを行っているとともに、利用者の栄養状態を定期的に記録している。	はい　・　いいえ
③栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価している。	はい　・　いいえ

口腔機能向上加算について

※　専門職員の配置状況

資格	氏名	勤務体制
		Ａ　・　Ｂ　・　Ｃ　・　Ｄ

①　口腔機能改善管理指導計画を作成している。	はい　・　いいえ
②　口腔機能状態を定期的に記録するための様式を作成している。	はい　・　いいえ
③　口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価するための様式を作成している。	はい　・　いいえ
④　計画等の情報を厚生労働省に提出し、サービスの実施に当たって必要な情報を活用している。（加算Ⅱを算定する場合のみ）	はい　・　いいえ

（別紙24－1）

令和　　年　　月　　日

通所リハビリテーション事業所における移行支援加算に係る届出

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　移行支援加算

①終了者数の状況	①	評価対象期間の通所リハビリテーション終了者数	人		
	②	①のうち、指定通所介護等を実施した者の数（注1）	人		
	③	①に占める②の割合	%	→ 3%超	有 ・ 無
②事業所の利用状況	①	評価対象期間の利用者延月数	月		
	②	評価対象期間の新規利用者数	人		
	③	評価対象期間の新規終了者数（注2）	人		
	④	12×（②＋③）÷2÷①	%	→ 27%以上	有 ・ 無

注1：「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定認知症対応型通所介護等の利用、及び自宅において役割を持って生活している場合を含み、サービス提供の終了の事由が入院、介護保険施設への入所、指定訪問リハビリテーション、指定通所リハビリテーション、指定認知症対応型共同生活介護等を含めない。

注2：入院、入所、死亡を含む。

※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。

（別紙24－2）

移行支援加算に関する確認書

事業所名	

1　終了者数の状況の確認

通所リハビリテーション終了者数

換算月（前年）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	①合計
終了者数													人

指定通所介護等へ移行することとなった者の数

換算月（前年）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
社会参加人数													人

3②÷3①×100＝　　％　←3％越が適

2　事業所の利用者状況の確認

利用者延月数

延月数	1月間	2月間	3月間	4月間	5月間	6月間	7月間	8月間	9月間	10月間	11月間	12月間	①合計
利用者数													
延月数×利用者数													月

新規利用者数

換算月（前年）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	②合計
新規利用者数													人

新規終了者数（入院、入所、死亡を含む。）

換算月（前年）	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	③合計
新規終了者数													人

12×（②＋③）÷2÷①　　％　←27％以上が適