

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 県 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 県 町・村 (ビルの名称等)				
事業所の状況	フリガナ 名 称					
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -) 福岡 都・道 久留米市 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)				
	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 -) 福岡 都・道 久留米市 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	管理者の氏名					
届出を行う事業等の種類	管理者の住所	(郵便番号 -) 都・道 市・区 府 県 町・村 (ビルの名称等)				
	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)
	身体援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	元気援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	生活援助訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所サービス			1新規 2変更 3終了		
特記事項	元気向上通所サービス			1新規 2変更 3終了		
	短期集中通所サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護保険事業所番号					
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。

介護給付費算定に係る体制等に関する届出に必要な書類一覧（通所型サービス）

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		☐ （別紙１）介護給付費算定に係る体制等状況一覧業（別紙１）
	若年性認知症利用者受入加算	☐ （別紙２）の４ 若年性認知症利用者受入加算に関する状況
	生活機能向上グループ活動加算	☐ なし
	運動機能向上体制	☐ （別紙２）の１ 運動機能向上体制に関する状況
		☐ 運動器機能向上計画書様式、運動器機能向上記録簿様式（任意様式）
	栄養アセスメント加算又は 栄養改善加算	☐ 管理栄養士登録証写し
		☐ （別紙２）の２ 栄養アセスメント加算又は栄養改善加算に関する状況
	口腔機能向上加算	☐ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護師（准看護師）免許証写し
		☐ （別紙２）の３ 口腔機能向上加算に関する状況
	選択的サービス複数実施加算	☐ なし
	事業所評価加算（申出）の有無	☐ （不要、運動器機能向上体制、栄養改善加算又は口腔機能向上加算を算定し、評価加算算定の意向があれば「あり」としてください。）
	サービス提供体制強化加算	☐ （別紙３）サービス提供体制強化加算に関する届出書
		☐ （別紙４－１～６－２までのうち該当するもの）人材要件に関する調書
	生活機能向上連携加算	☐ なし
	科学的介護推進体制加算	☐ なし
	割引	☐ （別紙７）介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

(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	40	事業所名			

※ 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		LIFEへの登録	割引
(A6)通所型サービス(独自)(予防デイ)	令和 年 月 日			職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	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		
				生活機能向上グループ活動加算	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		
				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		
				生活機能向上連携加算	1. なし 3.加算Ⅰ 2. 加算Ⅱ		
				科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		
				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		
				介護職員等特定処遇改善加算	1. なし 2. 加算Ⅰ 3. 加算Ⅱ		
				介護職員等ベースアップ等支援加算	1. なし 2. あり		

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
通所型サービス(独自・定率)(元気デイ)	令和 年 月 日			職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	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		
				生活機能向上グループ活動加算	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		
				生活機能向上連携加算	1. なし 3.加算Ⅰ 2. 加算Ⅱ		
				科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		
				口腔ケア加算	1. なし 2. あり		

(別紙1-2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表

(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状況)

※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	40	事業所名			

※ 事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所がある場合について記載することとし、複数出張所等を有する場合は出張所ごとに提出してください。

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
通所型サービス(独自)(予防デイ)	令和 年 月 日			職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	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		
				生活機能向上グループ活動加算	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		
				事業所評価加算(申出)の有無	1. なし 2. あり		
				生活機能向上連携加算	1. なし 3. 加算 I		
					2. 加算 II		
				科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		

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
通所型サービス(独自・定率)(元気デイ)	令和 年 月 日			職員の欠員による減算の状況	1. なし 2. 看護職員 3. 介護職員	1. なし 2. あり	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		
				生活機能向上グループ活動加算	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		
				事業所評価加算(申出)の有無	1. なし 2. あり		
				生活機能向上連携加算	1. なし 3. 加算 I		
					2. 加算 II		
				科学的介護推進体制加算	1. なし 2. あり		
				口腔ケア加算	1. なし 2. あり		

(別紙2)

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表（通所型サービス）

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

1 運動器機能向上体制に関する状況（「あり」の場合のみ記入）

※職種を記入

職 種	理学療法士等()	看護職員	介護職員	生活相談員
氏 名				

（個別機能訓練の提供日）※該当番号に○印

- 1 全営業日
- 2 特定の曜日のみ（※提供する曜日に○印 → 日 月 火 水 木 金 土）
- 3 その他（具体的に記入： ）

2 栄養アセスメント加算又は栄養改善加算に関する状況（「あり」の場合のみ記入）

職 種	管理栄養士	看護職員	介護職員	生活相談員
氏 名				

管理栄養士を外部（他の介護事業所、医療機関、栄養ケア・ステーション等）との連携により配置する場合

連携する事業所等の名称	
-------------	--

3 口腔機能向上体制に関する状況（「あり」の場合のみ記入）

※該当職種に○印

職 種	言語聴覚士・歯科衛生士	看護職員	介護職員	生活相談員
氏 名				

4 若年性認知症利用者受入加算に関する状況（「あり」の場合のみ記入）

若年性認知症利用者に対応する担当職員名

	職 種	氏名
氏 名		

受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めているか。	有 ・ 無
---------------------------------	-------

※ 上記1～4の選択サービスの氏名欄は、共同実施者名（職種ごとの代表者名のみ）を記入してください。

(別紙3)

令和 年 月 日

サービス提供体制強化加算に関する届出書
(通所型サービス)

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)

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		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	 ☐ ・ ☐
	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	

(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		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	

(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		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	
勤続年数の状況	①に占める②の割合が30%以上		有 ・ 無 ☐ ・ ☐
	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	

備考 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、保険者の定めに基づき、提出又は事業所に保管すること。

人材要件に関する調書（通所型サービス）

（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	
-------	--	------	--

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

$B/A \times 100$	
%	適 ・ 非 ← 25%以上が適

- （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。

人材要件に関する調書（通所型サービス）
（前年度の実績が6月以上の事業所用）

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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 ← 25%以上が適

(注意事項)

- ①3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
- 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くこと。

人材要件に関する調書（通所型サービス）

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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 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）

介護福祉士の割合

$B / A \times 100$	
%	適 ・ 非

（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、1 2 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。

人材要件に関する調書（通所型サービス）

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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)					

※ 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)

介護福祉士の割合

$B/A \times 100$	
%	適 ・ 非

(注意事項)

- ① 3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
 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くこと。

人材要件に関する調書（通所型サービス）

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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
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（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 B	

※「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）

※ 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してください。

勤続年数 7 年以上の者の割合

$B/A \times 100$		%	適 ・ 非	← 30%以上が適
------------------	--	---	-------	-----------

（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、各月の毎月の末日時点における勤続年数をいう。
- 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、機能訓練指導員

人材要件に関する調書(通所型サービス)

事業所番号		事業所名	
-------	--	------	--

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
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)						

※「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)
 ※ 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してください。

勤続年数7年以上の者の割合

$B/A \times 100$	%	適・非	← 30%以上が適
------------------	---	-----	-----------

- (注意事項)
- ① 3月を除く前年度の平均の状況で作成すること。
 - 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くこと。
 - 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。
 - 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、機能訓練指導員

(別紙7)

令和 年 月 日

久留米市長 殿

事業所・施設名

介護予防・日常生活支援総合事業者による事業費の割引に係る割引率の設定について

1 割引率等

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

サービスの種類	割引率	適用条件
訪問型サービス（独自） 【身体ヘルプ】	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自／定率） 【元気ヘルプ・生活ヘルプ】	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自） 【予防デイ】	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自／定率） 【元気デイ】	%	
	%	
	%	
その他サービス（配食／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（見守り／定率）	%	
	%	
	%	
その他サービス（その他／定率）	%	
	%	
	%	

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