

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		
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, 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。

(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			

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	
14 訪問リハビリテーション	令和 年 月 日	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設 3 介護医療院	/	特別地域加算	1 なし	2 あり		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			
				リハビリテーションマネジメント加算 (LIFEの登録が必要な場合があります)	1 なし	3 加算Aイ			6 加算Aロ
				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	3 加算I			4 加算II
64 介護予防訪問リハビリテーション	令和 年 月 日	1 病院又は診療所 2 介護老人保健施設 3 介護医療院	/	特別地域加算	1 なし	2 あり		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			
				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	3 加算I			4 加算II

※「施設等の区分」欄の該当する項目に○印をつけてください。

※施設等の区分欄、LIFE(科学的介護情報システム(Long-term care Information system For Evidence)への登録欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付してください。

※「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4)を添付してください。

※「移行支援加算」については、「訪問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」(別紙2及び別紙2-2)を添付してください。

(別紙2)

令和 年 月 日

訪問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 評価対象期間の訪問リハビリテーション終了者数	人	→ 5%超	有・無
	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	%		
② 事業所の利用状況	① 評価対象期間の利用者延月数	月	→ 25%以上	有・無
	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 $12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$	%		

注1:「指定通所介護等を実施」とは、指定通所介護、指定通所リハビリテーション、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。

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

訪問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

指定通所介護等を実施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
指定通所介護等の 実施人数													人

$$3② \div 3① \times 100 =$$

	%
--	---

←5%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

$$12 \times (② + ③) \div 2 \div ①$$

	%
--	---

←25%以上が適

(別紙4)

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)訪問リハビリテーション事業所)

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)

4 勤続年数の状況	①	サービスを直接提供する理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の総数	人	①のうち②の者が1名以上	有・無
	②	①のうち ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) →勤続年数7年以上の者の総数 ・サービス提供体制強化加算(Ⅱ) →勤続年数3年以上の者の総数	人		

※ 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。

