（別紙50）

受付番号	

介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る体制等に関する届出書

令和　　年　　月

市町村長 殿

所在地

名　称

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　　－　　） 県　　群市 （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　　－　　） 県　　群市			
事業所・施設の状況	主たる事業所・施設の所在地	（郵便番号　　－　　） 県　　群市			
	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　　－　　） 県　　群市			
	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　　－　　） 県　　群市			

届出を行う事業所・施設の種類	同一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）
	訪問型サービス（独自）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	訪問型サービス（独自・定率）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	訪問型サービス（独自・定額）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	通所型サービス（独自）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	通所型サービス（独自・定率）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	通所型サービス（独自・定額）			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		
	介護予防ケアマネジメント			□ 1新規　□ 2変更　□ 3終了		

介護保険事業所番号										

特記事項	変　更　前	変　更　後

関係書類	別添のとおり

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の横の□
6　「異動項目」欄には、(別紙1-4)「介護予防・日常生活支援総合事業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１－４）

介護予防･日常生活支援総合事業費算定に係る体制等状況一覧表

事業所番号										

提供サービス		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
□ A2	訪問型サービス（独自）			高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型		
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）	□ 1 非該当 □ 2 該当		
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））	□ 1 非該当 □ 2 該当		
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）	□ 1 非該当 □ 2 該当		
				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		
				口腔連携強化加算	□ 1 なし □ 2 あり		
				介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ		
□ A6	通所型サービス（独自）			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
				高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型		
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型 □ 2 基準型		
				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		
				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		
				一体的サービス提供加算	□ 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		
				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		
				介護職員等処遇改善加算（利用定員19人以上）	□ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ		
				介護職員等処遇改善加算（利用定員19人未満）	□ 1 なし □ 7 加算Ⅰイ □ S 加算Ⅰロ □ 8 加算Ⅱイ □ T 加算Ⅱロ □ 9 加算Ⅲ □ A 加算Ⅳ		
□ AF	介護予防 ケアマネジメント			介護職員等処遇改善加算	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり	□ 1 なし □ 2 あり

備考　１「割引」を「あり」と記載する場合は「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51）を添付してください。

２「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14-7）を添付してください。

３「同一建物減算」該当の際については、「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）を添付してください。

４「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

介護予防・日常生活支援総合事業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）

事業所番号										

提供サービス		施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等	
□ A2	訪問型サービス（独自）			高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型　□ 2 基準型
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型　□ 2 基準型
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供）	□ 1 非該当　□ 2 該当
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供（利用者50人以上））	□ 1 非該当　□ 2 該当
				同一建物減算（同一敷地内建物等に居住する者への提供割合90%以上）	□ 1 非該当　□ 2 該当
				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
				口腔連携強化加算	□ 1 なし　□ 2 あり
□ A6	通所型サービス（独自）			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
				高齢者虐待防止措置実施の有無	□ 1 減算型　□ 2 基準型
				業務継続計画策定の有無	□ 1 減算型　□ 2 基準型
				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
				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
				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

備考　1　この表は、事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等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。

2 「同一建物減算」該当の際については、「訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書」（別紙10）を添付してください。

3 「口腔連携強化加算」については、「口腔連携強化加算に関する届出書」（別紙11）を添付してください。

（別紙7－2）

令和　　年　　月　　日

有資格者等の割合の参考計算書

事業所名

事業所番号

サービス種類

1. 割合を計算する職員　介護福祉士

2. 有資格者等の割合の算定期間　前年度（3月を除く）　実績月数

3. 常勤換算方法による計算

□　前年度（3月を除く）

	①常勤職員の一月あたりの勤務時間			②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数（常勤・専従等）		③常勤換算方法の対象である常勤の職員の勤務延時間数（常勤・兼務等）		④非常勤の職員の勤務延時間数		常勤換算人数 介護福祉士	常勤換算人数 介護職員
令和　年 4月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
5月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
6月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
7月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
8月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
9月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
10月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
11月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
12月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
令和　年 1月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		
2月		時間	介護福祉士		人		時間		時間		
			介護職員		人		時間		時間		

合計		
一月あたりの平均値		
介護福祉士の割合		

□ 届出日の属する月の前3月

	①常勤職員の一月あたりの勤務時間			②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数（常勤・専従等）		③常勤換算方法の対象である常勤の職員の勤務延時間数（常勤・兼務等）		④非常勤の職員の勤務延時間数	
令和　年 4月		時間	介護福祉士		人		時間		時間
			介護職員		人		時間		時間
5月		時間	介護福祉士		人		時間		時間
			介護職員		人		時間		時間
6月		時間	介護福祉士		人		時間		時間
			介護職員		人		時間		時間

常勤換算人数	
介護福祉士	介護職員

合計		
一月あたりの平均値		
介護福祉士の割合		

備考
・本計算書は、有資格者等の割合が要件となっている加算の届出を行う際に、事業所・施設において使用している勤務割表等を自治体に提出する場合の参考資料としてご活用ください。なお、有資格者等の割合の計算根拠資料が他にある場合は、本計算書の添付は不要です。
また、自治体が定める「（別紙7）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」を作成して提出する場合も、本計算書の添付は不要です。
・本計算書は、黄色網掛けのセルについて記入または選択をしてください。
・「1. 割合を計算する職員」は、本計算書で計算する有資格者等の種類を選択してください。
・「2. 有資格者等の割合の算定期間」は、前年度の実績が6月に満たない事業所（新たに事業を開始した、または再開した事業所）については、届出日の属する月の前3月について計算します。それ以外は前年度（3月を除く）の平均を用いて計算しますので、該当の期間を選択し、実績月数を記入してください。
・「3. 常勤換算方法による計算」
常勤換算方法とは、非常勤の従業者について「事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数で除することにより、常勤の従業者の員数に換算する方法」であるため、常勤の従業者については常勤換算方法によらず、実人数で計算します。
常勤で兼務の従業者については、実態に応じて以下の①・②に実人数または勤務延時間数を記入してください。
①当該事業所または施設において常勤の職員が勤務すべき一月あたりの時間数を記入してください。
②当該事業所または施設における、常勤換算方法の対象外である常勤の職員の人数を記入してください。
（常勤・専従の職員、当該事業所または施設で他の職種を兼務している常勤の職員等）
③常勤の職員のうち、併設事業所等の他の職種を兼務しており、1人と計算するのが適当ではない職員の勤務延時間数を記入してください。
④非常勤の職員の勤務延時間数を記入してください。
※「常勤・非常勤」の区分について
常勤とは、当該事業所または施設における勤務時間が、当該事業所または施設において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。
※従業者が育児・介護休業法による短時間勤務制度等を利用する場合、週30時間以上の勤務で、常勤換算方法での計算にあたり、常勤の従業者が勤務すべき時間数を満たしたものとし、1（常勤）として取り扱うことが可能です。
この場合、「②常勤換算方法の対象外である常勤の職員数」の欄に1（人）として記入してください。
※新規事業所等で、届出日の属する月の前3月により計算する場合は、該当する月に人数・勤務延時間数等を記入してください。
・その他、各加算における規定は各サービスの告示等をご確認ください。

（別紙10）　　令和　　年　　月　　日

訪問介護、訪問型サービスにおける同一建物減算に係る計算書

事業所名

事業所番号

１．判定期間（※）

令和　　年度　□ 前期　□ 後期

（※）なお、令和６年度については、前期の判定期間を4月1日から9月30日、減算適用期間を11月1日から3月31日までとし、後期の判定期間を10月1日から2月末日、減算適用期間を令和７年度の4月1日から9月30日までとするため、以下の「２．判定結果」ア、イについては、適宜判定期間を修正の上、ご使用ください。

２．判定結果

□ 非該当　□ 該当

ア．前期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数（要支援者は含めない）	②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※１）
3　月	人	人
4　月	人	人
5　月	人	人
6　月	人	人
7　月	人	人
8　月	人	人
合計	人	人

③割合（②÷①）		%

④90%以上である場合の理由(※２より該当する番号を記入)	

イ．後期

	①判定期間に指定訪問介護を提供した利用者の総数（要支援者は含めない）	②①の内同一建物減算の適用を受けている利用者数（※１）
9　月	人	人
10　月	人	人
11　月	人	人
12　月	人	人
1　月	人	人
2　月	人	人
合計	人	人

③割合（②÷①）		%

④90%以上である場合の理由(※２より該当する番号を記入)	

（※１）同一の建物に20人以上居住する建物（同一敷地内建物等を除く）に居住する者及び同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する者へ提供する場合を除く

（※２）「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）（抄）」（以下、「留意事項通知」という。）第２の２(16)⑥二等に規定する以下のa～cのいずれか、若しくは、d「いずれにも該当しない」から当てはまるものを選択すること。
なお、a～cに該当する場合は、それぞれ要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。
a：特別地域訪問介護加算を受けている事業所である場合
b：判定期間の一月当たりの延べ訪問回数が二百回以下であるなど事業所が小規模である場合
c：その他正当な理由と都道府県知事が認めた場合

備考
・本資料は同一建物減算に係る算定手続きを補完する資料としてご使用ください。
・「１．判定期間」については、該当する期間を選択してください。
・「２．判定結果」については、アまたはイの算定結果を元に選択してください。
・具体的な計算方法については、留意事項通知第２の２(16)⑥ロをご参照ください。

（別紙11）

令和　　年　　月　　日

口腔連携強化加算に関する届出書

<table>
<tr><td>1 事業所名</td><td></td></tr>
<tr><td>2 異動区分</td><td>□ 1 新規　　□ 2 変更　　□ 3 終了</td></tr>
<tr><td>3 施設種別</td><td>□ 1 訪問介護事業所
□ 2 （介護予防）訪問看護事業所（訪問看護ステーション）
□ 3 （介護予防）訪問リハビリテーション事業所
□ 4 （介護予防）短期入所生活介護事業所
□ 5 （介護予防）短期入所療養介護事業所
□ 6 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所</td></tr>
<tr><td>4 歯科医療機関との連携の状況</td><td>1．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table>
2．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table>
3．連携歯科医療機関
<table><tr><td>歯科医療機関名</td><td></td></tr><tr><td>所在地</td><td></td></tr><tr><td>歯科医師名</td><td></td></tr><tr><td>歯科訪問診療料の算定の実績</td><td>年　月　日</td></tr><tr><td>連絡先電話番号</td><td></td></tr></table></td></tr>
</table>

注１　「連携歯科医療機関」とは、利用者の口腔の健康状態に係る評価を行うに当たって、歯科医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に対して、口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談できる体制を確保している歯科医療機関である。
注２　「連携歯科医療機関」は１つ以上の記載が必要である。なお、記入欄が不足している場合には、「歯科医療機関との連携の状況」のみを追加記載した様式を別途添付しても差し支えない。
注３　「歯科訪問診療料の算定の実績」とは、歯科診療報酬点数表の区分番号Ｃ000に掲げる歯科訪問診療料の算定の実績であり、直近の算定日を記載すること。
※　要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出してください。

（別紙14－7）

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。

（別紙51）

令和　　年　　月　　日

市町村長 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）	%	
	%	
	%	
訪問型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自）	%	
	%	
	%	
通所型サービス（独自／定率）	%	
	%	
	%	
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）	%	
	%	
	%	
介護予防ケアマネジメント	%	
	%	
	%	

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