第３号様式（第６条関係）

品川区介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る

実施・体制に関する届出書

　年　　月　　日

品川区長あて

　　　　　　　　　　　　（申請者）事業者所在地

事業者名称

代表者職・氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 事業所所在地市区町村番号 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 申請者 | 事業者の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主たる事務所の  所在地 | | | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ビルの名称等) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | |  | | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人である場合  その種別 | | | |  | | | | | | | 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　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の状況 | 主たる事業所（総合事業実施場所）の所在地 | | | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の名称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | | | 電話番号 | |  | | | | | | FAX番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| Ｅメールアドレス | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理者の住所 | | | | (郵便番号　　-　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定を受けようとする総合事業の種類等 | 同一所在地において  行う事業等の種類 | | | | 実施事業 | 事業開始  予定年月日 | | | 異動等の区分 | | | | | | | | | | | 異動（予定）年月日 | | | | 異動  項目 | | |
| 訪問型サービス独自/定率（A3） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 予防訪問事業・生活機能向上支援訪問事業 | |  |  | | | 1新規　2終了 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 通所型サービス独自/定率（A7） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 予防通所事業 | | |  |  | | | 1新規　2終了　3変更 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | いきいき活動支援  プログラム | | |  |  | | | 1新規　2終了　3変更 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 指定訪問・通所介護事業所指定番号 | | | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |  |
| 特記事項 | | | | （変更前） | | | | | | | （変更後） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 関係資料 | | | | 別紙のとおり | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　品川区介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る実施・体制について、以下のとおり関係書類を添えて届出ます。

（別紙）

品川区介護予防・日常生活支援総合事業費算定に係る

体制等状況一覧表（兼加算に関する届出書）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所指定番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供  サービス | | 該当する体制等 | | LIFEへの  登録 |
| 各サービス  共通 | | 地域区分 | 1　１級地 | 1なし |
| 2　その他 | 2あり |
|  | |  |  |  |
| Ａ3 | 予防訪問事業 | 生活機能向上連携加算 | 1なし　2加算Ⅰ　3加算Ⅱ | 1なし 2あり |
| 口腔連携強化加算　※1 | 1なし　2あり |
| 介護職員等処遇改善加算相当　※1 | 1なし　2あり |
| 生活機能向上支援訪問事業 | 介護職員等処遇改善加算相当　※1 | 1なし　2あり |
| ※1　訪問介護の各加算について、東京都等に加算取得の介護給付費算定に係る体制等に関する届出を行っている場合に算定可。 | | | | |
| Ａ7 | 予防通所事業 | 送迎加算 | 1なし　2あり | 1なし  2あり |
| 入浴加算 | 1なし　2あり |
| 生活機能向上連携加算　※2 | 1なし　2加算Ⅰ　3加算Ⅱ |
| 栄養アセスメント加算　※2 | 1なし　2あり |
| 栄養改善加算　※2 | 1なし　2あり |
| 口腔機能向上加算　※2 | 1なし　2加算Ⅰ　3加算Ⅱ |
| 科学的介護推進体制加算　※2 | 1なし　2あり |
| 介護職員等処遇改善加算相当　※2 | 1なし　2あり |
| サービス提供体制強化加算 | 1なし  2加算Ⅰ　3加算Ⅱ　4加算Ⅲ |
| ① 介護職員の総数  　　　人 | サービス提供体制強化加算  算定要件（下記のいずれかに該当）  ②：「介護職員の総数に占める介護福祉士の割合」が70%以上の場合加算Ⅰ、50％以上の場合加算Ⅱ、40％以上の場合加算Ⅲを算定可能。  ③：介護職員の総数に占める勤続年数10年以上の介護福祉士の割合が25％以上の場合加算Ⅰを算定可能。  ④：利用者に直接サービスを提供する職員のうち勤続年数7年以上の割合が30％以上の場合加算Ⅲを算定可能。 |
| ② ①のうち介護福祉士の総数  　　　　人　（　　　％） |
| ③ ①のうち勤続年数10年以上の介護福祉士の総数  　　　人　（　　　％） |
| ④ 利用者に直接サービスを提供する職員のうち勤続年数7年以上の割合  　　　人　（　　　％）  \*総数はいずれも常勤換算による。 |

※2　通所介護の各加算について、東京都等（地域密着型通所介護については指定自治体）に加算取得の介護給付費算定に係る体制等に関する届出を行っている場合に算定可。