第４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

平成　　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　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 予防訪問事業・生活機能向上支援訪問事業 | |  |  | | | 1新規　2変更　3終了 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 通所型サービス独自/定率 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 予防通所事業 | | |  |  | | | 1新規　2変更　3終了 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
|  | いきいき活動支援  プログラム | | |  |  | | | 1新規　2変更　3終了 | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |
| 指定（予防）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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供サービス事業 | 異動  区分 | 該当する体制等 | | 摘要 |
| 各サービス共通 | － | 地域区分 | 1１級地　2その他 |  |
|  | | | | |
| 予防訪問事業 | 1新規  2変更  3終了 | 処遇改善加算相当 | 1なし　2あり | 訪問介護または介護予防訪問介護の処遇改善加算について、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東京都に行っている場合に算定可。 |
| 生活機能向上  支援訪問事業 | 1新規  2変更  3終了 | 処遇改善加算相当 | 1なし　2あり |
|  | | | | |
| 予防通所事業 | 1新規  2変更  3終了 | 送迎加算 | 1なし　2あり |  |
| 1新規  2変更  3終了 | 入浴加算 | 1なし　2あり |  |
| 1新規  2変更  3終了 | 運動器機能向上加算 | 1なし　2あり | 通所介護または介護予防通所介護の各加算について、東京都に（地域密着型通所介護事業の各　加算については区に）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。 |
| 1新規  2変更  3終了 | 栄養改善加算 | 1なし　2あり |
| 1新規  2変更  3終了 | 口腔機能向上加算 | 1なし　2あり |
| 1新規  2変更  3終了 | 処遇改善加算相当 | 1なし　2あり |
| 1新規  2変更  3終了 | サービス提供体制強化加算  ① 介護職員の総数  ＿　　人  ② ①のうち介護福祉士の総数 ＿ 　人  　（＿　　％）  \*総数はいずれも常勤換算による。 | 1なし　2あり  ア加算Ⅰ  イ加算Ⅱ | 常勤換算により介護福祉士が介護職員総数の50％以上の場合に加算Ⅰ、40％以上の場合に加算Ⅱを算定可。 |