

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

平成〇〇年 〇月〇〇日

品川区長あて

(申請者) 事業者所在地 東京都品川区〇〇〇-〇-〇
 事業者名称 株式会社〇〇
 代表者職・氏名 〇〇 〇〇 **社判**

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。

		事業所所在地市区町村番号	※記載不要			
申請者	事業者の名称	デイサービスセンター〇〇				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇 (ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000	
	法人である場合その種別	株式会社		法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	氏名	〇〇 〇〇	
	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇				
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 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇				
	事業所の名称	デイサービスセンター〇〇				
	連絡先	電話番号	03-0000-0000	FAX番号	03-0000-0000	
	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		
	管理者の氏名	×× ××				
	管理者の住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都品川区〇〇〇-〇-〇				
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	実効事業	指定開始予定日	等	(予定)月日	
	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			2変		
	通所型サービス独自/定率					
	予防通所事業	〇	30.6.1	1新規 2変更 3終了	30.6.1	
いきいき活動支援プログラム	〇	30.6.1	1新規 2変更 3終了	30.6.1		
指定を受けたい事業もしくは、既に指定を受けている事業に〇をつけてください。	通所介護事業所指定番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				
	(変更前)	(変更後)				
	処遇改善加算なし 運動器機能向上加算なし	処遇改善加算あり 運動器機能向上加算あり				
関係資料	別紙のとおり	変更前後の内容を簡潔に記載してください。				

指定開始予定日を記入してください。既に指定している場合は記載不要です。

加算状況に変更がある場合は「2変更」に〇をしてください。

加算状況の変更予定日を記載してください。

指定を受けたい事業もしくは、既に指定を受けている事業に〇をつけてください。

(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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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	<input checked="" type="radio"/> 1 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 <input checked="" type="radio"/> 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
	1 新規 2 変更 3 終了	入浴加算	<input checked="" type="radio"/> 1 なし 2 あり	
	<input checked="" type="radio"/> 1 新規 2 変更 3 終了	運動器機能向上加算	1 なし <input checked="" type="radio"/> 2 あり	
	1 新規 2 変更 3 終了	栄養改善加算	<input checked="" type="radio"/> 1 なし 2 あり	
	1 新規 2 変更 3 終了	口腔機能向上加算	<input checked="" type="radio"/> 1 なし 2 あり	
	<input checked="" type="radio"/> 1 新規 2 変更 3 終了	処遇改善加算相当	1 なし <input checked="" type="radio"/> 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 <u>10</u> 人 ② ①のうち介護福祉士の総数 <u>6</u> 人 (<u>60</u> %) *総数はいずれも常勤換算による。	1 なし <input checked="" type="radio"/> 2 あり → <input checked="" type="radio"/> ア 加算Ⅰ → イ 加算Ⅱ	

新しく加算を申請する場合は、「1 新規」、内容に変更がある場合は、「2 変更」、加算を廃止する場合は、「3 終了」をそれぞれ○で囲んでください。各加算内容に変更がない場合は、記載不要です。

申請に伴う、変更後の加算状況を選択してください。
申請に関わらない加算についても、それぞれ選択してください。

「2 あり」の場合、「ア加算Ⅰ」、「イ加算Ⅱ」の該当する項目を選択してください。

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。