

様式8

長岡市介護予防・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

年 月 日

長岡市長 様

所在地(住所)

名称(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 -) (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 -)				
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 -)				
	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 -)				
	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 -)				
届出を行う 事業所の 状況	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定年月日	異動等の区分	異動(予定) 年月日	異動項目 (※変更の場合)
	介護予防訪問サービス			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所サービス			1新規 2変更 3終了		
	通所型サービスA(緩和型)			1新規 2変更 3終了		
					1新規 2変更 3終了	
	介護保険事業所番号	(既に指定(許可)を受けている場合・・・複数ある場合は適 宜様式を補正して記入)				
特記 事項	変更前			変更後		
	関係書類					

- 備考1 「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。
- 2 「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。
- 3 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 4 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。
- 5 「異動項目」欄には、様式8「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。
- 6 「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。
- 7 「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。

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

住 所
氏 名
届出者
印
(法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名)
届出担当者 連絡先(電話番号)

サービス種類		新規・変更の別	
事業所名		1 新規	2 変更
事業所番号		年 月 日から適用	
社会福祉法人軽減事業実施の有無			1 なし 2 あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供サービス	届 出 の 内 容			変 更	割 引
	そ の 他 該 当 す る 体 制 等				
A2 介護予防訪問サービス	特別地域加算	1 なし	2 あり		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		
	介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ			
	介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ		
A6 介護予防通所サービス	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
	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		
	運動器機能向上体制	1 なし	2 あり		
	栄養改善体制	1 なし	2 あり		
	口腔機能向上体制	1 なし	2 あり		
	選択的サービス複数実施加算	1 なし	2 あり		
	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	4 加算Ⅰイ 2 加算Ⅰロ 3 加算Ⅱ		
	生活機能向上連携加算	1 なし	2 あり		
	介護職員処遇改善加算	1 なし 6 加算Ⅰ 5 加算Ⅱ 2 加算Ⅲ 3 加算Ⅳ 4 加算Ⅴ			
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算Ⅰ 3 加算Ⅱ			

- 備考 1 事業所・施設において、その他該当する体制等欄に掲げる項につき該当する番号を○で囲んでください。
- 2 「割引」を「あり」とする場合は、「指定居宅サービス事業所等による介護予防・日常生活支援総合事業費の割引に係る割引率の設定について」を添付してください。
- 3 「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」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)

住所
氏名
届出者
印
(法人にあつては、名称及び代表者の職・氏名)
届出担当者 連絡先(電話番号)

サービス種類		新規・変更の別	
事業所名		1 新規	2 変更
事業所番号		年 月 日から適用	
社会福祉法人軽減事業実施の有無			1 なし 2 あり

次の区分に該当するものとして、届け出ます。

提供サービス	届出の内容				変更	割引	
	その他該当する体制等						
A2 介護予防訪問サービス	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			2 あり	
	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				
	介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算I	5 加算II	2 加算III	3 加算IV	
	介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算I	3 加算II			
A6 介護予防通所サービス	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	
	若年性認知症利用者受入加算	1 なし	2 あり			2 あり	
	生活機能向上グループ活動加算	1 なし	2 あり				
	運動器機能向上体制	1 なし	2 あり				
	栄養改善体制	1 なし	2 あり				
	口腔機能向上体制	1 なし	2 あり				
	選択的サービス複数実施加算	1 なし	2 あり				
	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	4 加算Iイ	2 加算Iロ	3 加算II		
	生活機能向上連携加算	1 なし	2 あり				
	介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算I	5 加算II	2 加算III	3 加算IV	
介護職員等特定処遇改善加算	1 なし	2 加算I	3 加算II				

- 備考
- 1 事業所・施設において、その他該当する体制等欄に掲げる項につき該当する番号を○で囲んでください。
 - 2 「割引」を「あり」とする場合は、「指定居宅サービス事業所等による介護予防・日常生活支援総合事業費の割引に係る割引率の設定について」を添付してください。
 - 3 「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」を添付してください。