介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

年　　　月　　　日

日野市長　殿

法人所在地

申請者

法人名称

代表者職・氏名

このことについて、以下のとおり届け出ます。

**１　事業所基本情報に関すること**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険事業者番号** | １ | ３ |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| **事業所名称** | （フリガナ） | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **事業所所在地** | （郵便番号　　　　　-　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **サービス種類** | 居宅介護支援 | | | | | | | | | | | | |
| **担当者** | （職・氏名） | | |  | | | | | | | | | |
| 連絡先TEL | | |  | | | | FAX | |  | | | |

**２　異動情報に関すること**

|  |  |
| --- | --- |
| **加算、体制名称等** | |
| **（変更前）** | **（変更後）** |
|  |  |
| **適用開始年月日** | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

**３　介護給付費算定に係る体制等状況一覧表に関すること**

※『２　異動情報に関すること』に記載した異動のある加算等についてのみ、各欄の該当する番号に○を付けてください。

（『２　異動情報に関すること』に記載していない加算等については、記載する必要はありません。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護給付費算定に係る体制等状況一覧表** | | | | | | | | | |
| 提供サービス | | その他該当する体制等 | | | | | | | LIFEへの登録 |
| 43 | 居宅介護支援 | 特別地域加算 | 1.なし | | | 2.あり | | | 1.なし  2.あり |
| ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置の体制 | 1.なし | | | 2.あり | | |
| 特定事業所集中減算 | 1.なし | | | 2.あり | | |
| 特定事業所加算 | 1.なし | 2.加算Ⅰ | 3.加算Ⅱ | | 4.加算Ⅲ | 5.加算A |
| 特定事業所医療介護連携加算 | 1.なし | | | 2.あり | | |
| ターミナルケアマネジメント加算 | 1.なし | | | 2.あり | | |