

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業費算定に係る体制等状況表

提供サービス	事業所番号								
A6 介護予防通所型サービス (現行相当の通所型サービス)	事業所名称								

地域区分		1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地	
		4 6級地	⑨ 7級地	5 その他			
その他 該当する 体制等	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			
	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		
	介護職員処遇改善加算	1 なし	6 加算Ⅰ (新設)	5 加算Ⅱ (旧加算Ⅰ)	2 加算Ⅲ (旧加算Ⅱ)	3 加算Ⅳ (旧加算Ⅲ)	4 加算Ⅴ (旧加算Ⅳ)
割引	1 なし	2 あり					
社会福祉法人軽減事業	1 なし	2 あり					

備考

- 利用者ごとに要支援認定期間の期限までは、利用者の希望により介護予防通所介護（予防給付）のサービス提供が可能であるため、介護予防通所介護の指定を受けている事業所は、平成30年3月までは介護予防通所介護についても届出を行うこと。
- 事業所所在地以外の場所で一部事業を実施する出張所等がある場合、当該出張所の状況について、出張所ごとに別紙を提出すること。
- 事業所・施設において、施設等の区分欄、人員配置区分欄、その他該当する体制等欄に掲げる項目につき該当する番号に○印を付すこと。
- 「地域区分」欄は、「7級地」に○印を付すこと。
- 添付書類（算定する場合に添付が必要な書類。下記に記載のない届出項目は添付書類不要）

届出項目	添付書類
運動器機能向上体制	<ul style="list-style-type: none"> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙7）又はこれに準ずる書面 機能訓練指導員の職務に従事する理学療法士等の資格証の写し
栄養改善体制	<ul style="list-style-type: none"> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙7）又はこれに準ずる書面 管理栄養士の資格証の写し

届出項目	添付書類
口腔機能向上体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙7）又はこれに準ずる書面 ・ 言語聴覚士、歯科衛生士又は看護職員の資格証の写し
選択的サービス複数実施加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の「運動器機能向上体制」、「栄養改善体制」、「口腔機能向上体制」のうち、実施するサービスに対応する添付書類
サービス提供体制強化加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供体制強化加算に関する届出書（別紙12-5） ・ 要件を満たすことを証する書類（別紙12-5備考欄を参照）
介護職員処遇改善加算	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「介護職員処遇改善加算届出に係る自己点検表」に示す書類
割引	<ul style="list-style-type: none"> ・ 浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業費の割引に係る割引率の設定について（別紙5）

注1 一体的に運営がされている居宅サービスに係る届出がされ、別紙等が添付されている場合は、内容の重複する別紙等の添付は不要。

注2 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（別紙7）又はこれに準ずる書面の提出が必要な加算項目が複数ある場合は、1枚の書面に全ての要件を記載することで足りるものとする。

注3 当該サービスについて「社会福祉法人軽減事業」を開始する場合は、別途「社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書」を提出すること。

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業における指定事業者による第一号事業費
算定に係る体制等状況表
[出張所等の状況]

提供サービス	事業所番号								
A6 介護予防通所型サービス (現行相当の通所型サービス)	事業所名称								

地 域 区 分		1 1級地	6 2級地	7 3級地	2 4級地	3 5級地
		4 6級地	⑨ 7級地	5 その他		
その他 該当する 体制等	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		
	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			
	事業所評価加算〔申出〕 の 有 無	1 なし	2 あり			
社会福祉法人軽減事業		1 なし	2 あり			

備 考

- 利用者ごとに要支援認定期間の期限までは、利用者の希望により介護予防通所介護（予防給付）のサービス提供が可能であるため、介護予防通所介護の指定を受けている事業所は、平成30年3月までは介護予防通所介護についても届出を行うこと。
- 複数の出張所等がある場合は、それぞれの出張所等ごとに体制等状況表を作成すること。