

<令和元年7月版>

介護給付費算定に係る体制等に関する届出書

受付番号

年 月 日

宮崎県知事 殿

所在地

名称(法人にあつては法人名)
代表者職氏名

印

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 (法人にあつては法人名)					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 宮崎県 郡市町村				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・氏名	職名	氏名			
事業所の状況	代表者の住所	(郵便番号 -) 県 郡市町村				
	フリガナ 名称					
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号 -) 県 郡市町村				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
届出を行う事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定(許可)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)
	訪問介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	通所介護			1新規 2変更 3終了		
	通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
	福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問入浴介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問看護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防訪問リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防居宅療養管理指導			1新規 2変更 3終了		
	介護予防通所リハビリテーション			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所生活介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防短期入所療養介護			1新規 2変更 3終了		
	介護予防特定施設入居者生活介護			1新規 2変更 3終了		
介護予防福祉用具貸与			1新規 2変更 3終了			
介護老人福祉施設			1新規 2変更 3終了			
介護老人保健施設			1新規 2変更 3終了			
介護療養型医療施設			1新規 2変更 3終了			
介護医療院			1新規 2変更 3終了			
介護保険事業所番号	4	5				
医療機関コード等						
特記事項	変 更 前			変 更 後		
関係書類	別添のとおり					

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
 2 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
 3 「異動等の区分」欄には、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
 4 「異動項目」欄には、別紙「介護給付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。
 5 「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。

(別紙1)

届出都道府県 宮崎県

介護給付費算定に係る体制等状況一覧表(令和元年7月版)

事業所名										
事業所番号	4	5								
事業所電話番号										
記入担当者氏名										

提供サービス	施設等の区分	人員配置区分	その他該当する体制等							割引
各サービス共通			地域区分	1 1級地 4 6級地	6 2級地 9 7級地	7 3級地 5 その他	2 4級地	3 5級地		
15 通所介護	4 通常規模型事業所 6 大規模型事業所(Ⅰ) 7 大規模型事業所(Ⅱ)		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	
			時間延長サービス体制	1 対応不可	2 対応可					
			共生型サービスの提供(生活介護事業所)	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供(自立訓練事業所)	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供(児童発達支援事業所)	1 なし	2 あり					
			共生型サービスの提供(放課後等デイサービス事業所)	1 なし	2 あり					
			生活相談員配置等加算	1 なし	2 あり					
			入浴介助体制	1 なし	2 あり					
			中重度者ケア体制加算	1 なし	2 あり					
			生活機能向上連携加算	1 なし	2 あり					
			個別機能訓練体制Ⅰ	1 なし	2 あり					
			個別機能訓練体制Ⅱ	1 なし	2 あり					
			ADL維持等加算〔申出〕の有無	1 なし	2 あり					
			ADL維持等加算	1 なし	2 あり					
			認知症加算	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					
			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					
			サービス提供体制強化加算	1 なし	5 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 4 加算Ⅴ	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							

添付資料一覧

※添付資料の指示のないものは、添付書類不要です(個別に書類提出のお願いを差し上げる場合があります)。

※後日、追加で添付書類をいただくことがあります。

チェック	サービス種別	その他該当する体制等	添付書類
<input type="checkbox"/>	通所介護	施設区分(規模)	別紙31
		生活相談員配置等加算	勤務表、資格証(写)
		入浴介助体制	浴室の平面図
		中重度者ケア体制加算	別紙32、別紙32-2、勤務表、資格証(写)、組織体制図
		個別機能訓練体制	勤務表、資格証(写)、組織体制図
		ADL維持等加算	別紙19
		認知症加算	別紙33、別紙33-2、勤務表、修了証(写)、組織体制図
		栄養改善体制	勤務表、資格証(写)、組織体制図
		口腔機能向上体制	勤務表、資格証(写)、組織体制図
		サービス提供体制強化加算	Iイ・ロについては別紙12-5、別紙34、資格証(写) IIについては別紙12-5、別紙34-2
		介護職員処遇改善加算	【県HP参照】届出書(計画書、キャリアパス要件等届出書)
		介護給付費の割引に係る割引率の設定	別紙5

ADL維持等加算に係る届出書（（地域密着型）通所介護事業所）

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 施設種別	1 通所介護事業所 2 地域密着型通所介護事業所
4 届出項目	1 ADL維持等加算

5 届出内容					
(1) 評価対象者数	①	評価対象期間（注1）に連続して6月以上利用した期間（注2）（評価対象利用期間）のある要介護者（注3）の数	人	→ 20人以上	該当 非該当
(2) 重度者の割合	②	①のうち、評価対象利用期間の最初の月（評価対象利用開始月）において、要介護度が3、4または5である者の数	人	→ 15%以上	該当 非該当
	③	①に占める②の割合	%		
(3) 直近12月以内に認定を受けた者の割合	④	①のうち、評価対象利用開始月の時点で初回の要介護・要支援認定があった月から起算して12月以内である者の数	人	→ 15%以下	該当 非該当
	⑤	①に占める④の割合	%		
(4) 評価報告者の割合	⑥	①のうち、評価対象利用開始月と当該月から起算して6月目に、事業所の機能訓練指導員がBarthel Indexを測定し、その結果を報告している者の数	人	→ 90%以上	該当 非該当
	⑦	①に占める⑥の割合	%		
(5) ADL利得の状況	⑧	⑥の要件を満たす者のうちADL利得（注4）が上位85%（注5）の者について、各々のADL利得が0より大きければ1、0より小さければ-1、0ならば0として合計したもの		→ 0以上	該当 非該当

注1：加算を算定する年度の初日の属する年の前年の1月から12月までの期間。

注2：複数ある場合には最初の月が最も早いもの。

注3：評価対象利用期間中、5時間以上の通所介護費の算定回数が5時間未満の通所介護費の算定回数を上回るものに限る。

注4：評価対象利用開始月から起算して六月目の月に測定したADL値から評価対象利用開始月に測定したADL値を控除して得た値。

注5：端数切り上げ。